

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios en
asociación con síntomas depresivos en mujeres
adolescentes de un colegio de Ventanilla-Callao

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

Maricris Susana Pasmíño Silva

ASESOR

Roger Joaquín Angulo Salas

Lima, Perú

2023

METADATOS COMPLEMENTARIOS**Datos de los Autores****Autor 1**

Nombres	Maricris Susana
Apellidos	Pasmiño Silva
Tipo de documento de identidad	70562210
Número del documento de identidad	70562210
Número de Orcid (opcional)	

Autor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 3

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 4

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Datos de los Asesores**Asesor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Asesor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Datos del Jurado

Presidente del jurado

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Datos de la Obra

Materia*	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

***Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesauro).**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA
SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA****ACTA N° 106-2023**

En la ciudad de Lima, a los quince días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés, siendo las 8:35 horas, la Bachiller Pasmíño Silva Maricris Susana sustenta su tesis denominada **"ACTITUDES Y SÍNTOMAS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE UN COLEGIO DE VENTANILLA-CALLAO."** para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------|
| 1.- Prof. Rafael del Busto Bretoneche | APROBADO: BUENO |
| 2.- Prof. Victoria Sandoval Medina | APROBADO: BUENO |
| 3.- Prof. Jhelimira Bermúdez Aparicio | APROBADO: MUY BUENO |

Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Joaquín Angulo Salas

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 09:30 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

APROBADO: BUENO

Es todo cuanto se tiene que informar.



Prof. Rafael del Busto Bretoneche
Presidente



Prof. Victoria Sandoval Medina



Prof. Jhelimira Bermúdez Aparicio



Prof. Joaquín Angulo Salas

Lima, 15 de diciembre del 2023

Anexo 2

CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR DE TESIS CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Lima, 05 de marzo de 2024.

Señor,
Yordanis Enríquez Canto
Jefe del Departamento de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis, bajo mi asesoría, con título: **“Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios en asociación con síntomas depresivos en mujeres adolescentes de un colegio de Ventanilla-Callao”**, presentado por **Maricris Susana Pasmíño Silva (DNI: 70562210 / COD: 201610089)** para optar el título profesional de **Licenciada en Psicología** ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se les ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 9 %***. Por tanto, en mi condición de asesor(a), firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



Firma del Asesor (a)
DNI N°: 71579514
ORCID: 0000-0001-7018-0172
Facultad de Ciencias de la Salud

* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios en
asociación con síntomas depresivos en mujeres
adolescentes de un colegio de Ventanilla-Callao

DEDICATORIA

A mis padres y mi hermana
fueron mi apoyo e inspiración
para poder con todo a lo largo
de mi carrera.

AGRADECIMIENTO

A todos aquellos que me dieron
su apoyo y aportaron en la
realización de esta investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios en asociación con síntomas depresivos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao. **Materiales y Métodos:** El tipo de estudio es descriptivo – correlacional y el diseño de investigación es no experimental de corte transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con una muestra conformada por 217 adolescentes mujeres, en las que se aplicó las pruebas Test de actitudes alimentarias (EAT-26), la Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds (EDAR) y una ficha sociodemográfica. Para el análisis se utilizó el programa estadístico Stata v.15, asimismo se realizó el análisis descriptivo obteniendo frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las cuantitativas. Para el análisis inferencial se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk en las variables cuantitativas para posteriormente determinar la estadística, en este caso se usó la prueba de ANOVA y para las variables cualitativas la prueba “Chi cuadrado”. **Resultados:** El promedio de edad fue de 13.97 años, se comprobó relación significativa entre el factor control oral, correspondiente a la variable principal actitudes y síntomas de trastornos alimenticios, y síntomas depresivos ($p=0.03$); es decir, el 66.67% de las participantes que reportaron un promedio en riesgo dentro de la primera variable, presentó un nivel bajo en relación a síntomas depresivos. **Conclusión:** Las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios, exactamente la categoría promedio en riesgo del factor control oral estadísticamente se relacionan a un nivel bajo de síntomas depresivos en las adolescentes evaluadas.

Palabras Clave: trastornos alimentarios, síntomas depresivos, adolescentes, actitud, escuelas (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between attitudes and symptoms of eating disorders in association with depressive symptoms in adolescent women in Ventanilla-Callao. **Materials and Methods:** The type of study is descriptive - correlative and the research design is nonexperimental cross-sectional, non-probability sampling was used for convenience, with a sample of 217 adolescent women, in which the Dietary Attitude Test (EAT-26), the Reynolds Adolescent Depression Scale (EDAR) and a sociodemographic record were applied. The statistical program Stata v.15 was used for the analysis, and the descriptive analysis was performed, obtaining frequencies and percentages of the qualitative variables and the mean and standard deviation for the quantitative variables. For the inferential analysis, the Shapiro Wilk normality test was applied in the quantitative variables to later determine the statistics, in this case the ANOVA test was used and for the qualitative variables the "Chi square" test. **Results:** The average age was 13.97 years, a significant relationship was found between the overall factor, corresponding to the main attitudes and symptoms of eating disorders, and depressive symptoms ($p=0.03$); that is, 66.67% of the participants who reported an average risk within the first variable, presented a low level in relation to depressive symptoms. **Conclusion:** Attitudes and symptoms of eating disorders, exactly the average category at risk of the oral control factor, are statistically related to a low level of depressive symptoms in the adolescents evaluated.

Keywords: eating disorders, depressive symptoms, adolescents, attitude, schools
(Source: DeCS)

ÍNDICE

Resumen	V
Índice	Vii
Introducción	Viii
Capítulo I El problema de investigación	9
1.1.Situación problemática	9
1.2.Formulación del problema	10
1.3.Justificación de la investigación	11
1.4.Objetivos de la investigación	11
1.4.1.Objetivo general	11
1.4.2.Objetivos específicos	11
1.5.Hipótesis	12
Capítulo II Marco teórico	13
2.1.Antecedentes de la investigación	13
2.2.Bases teóricas	16
Capítulo III Materiales y métodos	24
3.1.Tipo de estudio y diseño de la investigación	24
3.2.Población y muestra	24
3.2.1.Tamaño de la muestra	24
3.2.2.Selección del muestreo	25
3.2.3.Criterios de inclusión y exclusión	25
3.3.Variables	26
3.3.1.Definición conceptual y operacionalización de variables	26
3.4.Plan de recolección de datos e instrumentos	27
3.5.Plan de análisis e interpretación de la información	30
3.6.Ventajas y limitaciones	31
3.7.Aspectos éticos	31
Capítulo IV Resultados	33
Capítulo V Discusión	43
5.1. Discusión	43
5.2. Conclusión	44
5.3. Recomendaciones	45
Referencias bibliográficas	47
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Actualmente a nivel mundial, según la Organización de las Naciones Unidas (2015), la población adolescente abarca el 16% de la población, lo que significa un total de 1.200 millones solo refiriéndose a aquellos jóvenes de entre 15 a 18 años y se plantea que para el año 2030 dicha población incrementa en un 7% llegando a aumentar alrededor de 100 mil millones de jóvenes adolescentes. La OMS (2021), señala que a nivel global uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padece algún trastorno mental, en porcentaje significa que el 14% de la población adolescente. Según la INEI (2019), en el Perú el 32,4%, lo cual sería; 3 millones 130 mil, está constituido por la población de 12 a 17 años de años de edad. Según Lillo (2004), la adolescencia engloba cambios físicos, neuroendocrinos, hormonales, composición y adaptación a nuevas ideas y sentimientos, entre otros, que en conjunto favorecen la elaboración de la identidad de la persona, por lo que sería la etapa de la vida mayor predisposición a trastornos en diferentes áreas de funcionamiento del individuo, que lo hace susceptible de manifestaciones patológicas.

En el Perú, el 8.3% del público adolescente se encuentra en riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno alimenticio (Franco, 2013), cifra que hoy en día va en aumento y que tiene como acompañamiento generalmente a los síntomas depresivos que coexisten a la par y se alimentan mutuamente (Guadarrama et al; 2008), evidencia de esto son las estadísticas presentadas por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi en relación a las personas que padecen de depresión; la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4% (Rondon, 2006).

Las dos variables seleccionadas son de gran importancia en la vida de las personas ya que están implicados dos aspectos de carácter imprescindibles para el ser humano; la alimentación y el estado de bienestar mental, sin ellos las personas no podrían desarrollarse saludablemente ya que es algo fundamental para la subsistencia. En la adolescencia, que según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002), Este es uno de los períodos más emocionantes y quizás más difíciles de la vida, un momento en que los jóvenes asumen nuevas responsabilidades y experimentan cosas nuevas relacionadas al sentido de independencia, la alimentación y el estado de bienestar mental se pueden ver alteradas por diversas causas debido a la fragilidad por la que algunos adolescentes pasan, la imagen corporal es una de las preocupaciones que más los inquieta tal como da a entender Sánchez (2013) quien indica que partir de los 6 años las personas logran interiorizar su imagen corporal, por lo que pueden adoptar patrones de belleza equivocados pudiendo traer como consecuencia desórdenes alimenticios la cual es una de las principales razones por las que los adolescentes van a un psicólogo y la incidencia de la enfermedad está aumentando en los países industrializados y principalmente en las mujeres.

De tal forma, la presente investigación en el capítulo I planteamiento del problema, se centró en explicar la problemática en la que se basa el estudio; posteriormente en el capítulo II marco teórico, se exponen los antecedentes del estudio, considerando tanto nacionales como internacionales, y las bases teóricas que sustentan la investigación; a continuación en el capítulo III materiales y métodos, se hablará de la población escogida, sus características, el método que se utilizó para la selección y los instrumentos que se emplearon; En el capítulo V resultados se mostraron los resultados de la investigación teniendo la estadística para cada relación; En el capítulo VI discusiones, se apreciaron los resultados más significativos y se contrastaron con la literatura, posteriormente se plantearon las conclusiones y finalmente se brindaron las recomendaciones del estudio. Terminando con la investigación, se colocaron las referencias bibliográficas respectivas respetando la contribución de los diferentes autores tomados para la realización del proyecto.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Situación problemática

Papalia, Wendkos y Duskin, (2009) señalan en su libro, que la adolescencia es un período de transición, en el cual se dan grandes cambios que comprende manifestaciones biopsicosociales, tales como el incremento de la segregación de las hormonas sexuales y de crecimiento que generan cambios físicos, la consolidación del pensamiento abstracto, autoafirmación, interés por pertenecer a un determinado grupo social, el cual comparta sus ideas y gustos, la preocupación por ser aceptado, ser atractivo para el sexo opuesto, etc. y en muchos de los casos en determinados grupos de adolescentes se suele presentar conductas de exposición a riesgos. Uno de los aspectos más importantes en la adolescencia, como lo señalan Chala y Matoma (2013), en el proceso de construcción de la identidad en la adolescencia hay una búsqueda de la identidad personal; le permite verse a sí mismo como alguien que es diferente de los demás en sus fortalezas y debilidades, esto justamente está relacionado a la autoestima, el sentido de pertenencia y aceptación social que está relacionado con la imagen que proyecta a la sociedad la cual puede modificarse para lograr dicha aceptación y así sentir que pertenece a determinado grupo social (Tesouro, et al., 2013). Esto sugiere que puede alterar el autoconcepto que tiene de sí mismo, por lo que se ve orientado a tomar medidas que para él son efectivas, llegando incluso a alterar de manera negativa sus hábitos diarios, entre los cuales se encontraría la alimentación, pudiendo correr el riesgo de padecer de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, el cual, según López y Treasure (2011) es muy común entre los adolescentes y las mujeres jóvenes de este siglo.

De esta manera se podría definir los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2014), como condiciones crónicas que se caracteriza por alteraciones persistentes en la alimentación o en la conducta alimentaria que conducen a un deterioro de la ingesta o absorción de alimentos y dan como resultado un deterioro significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial, suelen presentarse mayormente en la adolescencia y se caracteriza por insatisfacción con la imagen corporal, miedo a aumentar de peso y pensamientos obsesivos sobre la comida. Estos trastornos se dividen en tres grupos: anorexia nerviosa (caracterizada por la negativa a mantener un peso por encima del mínimo), bulimia nerviosa (caracterizada por episodios de atracones y limpieza muscular repetitivos) y otros trastornos no especificados. (Morrison, 2015).

Si se ve, el caso de trastornos alimenticios desde un punto de vista más amplio, estadísticas internacionales nos muestran que, a pesar de no ser un mal frecuente trae serias repercusiones en la sociedad y es de suma importancia para la salud pública, estiman que el 0.5% y 3.5% de la población general padece de algún trastorno alimenticio en especial (Benjet, et al., 2012). En el Perú, durante el 2019, de cada 10 pacientes adolescentes que se atendían en dentro de la red de ESSALUD, dos de ellas padecía de un trastorno alimenticio, siendo la edad promedio para el diagnóstico 15 y 16 años (EsSalud, 2021). De esta manera podemos apreciar que los síntomas de los trastornos alimenticios acarrear muchos problemas en diferentes niveles, especialmente en el aspecto emocional, debido a que genera en los adolescentes una insatisfacción en su autoimagen, lo cual podría llevar a presentar síntomas depresivos al ser este un trastorno crónico (Cruz, et al., 2016).

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (Morrison, 2015) la depresión es el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que puede ser clasificada en depresión mayor, persistente o distimia, disfórico premenstrual e inducido por una sustancia o afección médica y por supuesto las no especificadas. Según la Organización mundial de la salud (OMS), la depresión en los adolescentes puede prevalecer, en su mayoría, hasta la etapa adulta, lo cual puede ser indicativo de los 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado de sus vidas y están muy ligada a desarrollar problemas de conducta desde temprana edad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) pronostica que para el año 2020 la depresión sería una de las principales causas de discapacidad en el mundo, a nivel general esta sería la segunda causa de discapacidad, sin embargo, en países desarrollados ocuparía el tercer puesto. Un año después de la fecha prevista, es decir 2021, nuestro país, el cual aun se encuentra en vías de desarrollo, se atendieron más de 300 mil casos de depresión (MINSa, 2022).

Actualmente, la realidad de las escolares de instituciones públicas es muy complicada, ya que la mayoría de ellas pertenecen a un estrato socioeconómico medio – bajo (Murillo y Carrillo, 2020) por lo cual tienen diversas carencias, no solo económicas, sino también de información ya que no toman en consideración la gravedad de este tipo de trastornos los cuales pueden afectar de manera silenciosa, muchas veces los padres de las menores no saben qué signos son los que pueden evidenciar los menores que están padeciendo de depresión o de algún trastorno alimenticio, además de no profundizar en el tema, muchos de ellos no tienen el tiempo necesario como para trabajar en su autoestima (Cobos, 2008), esto sugiere que estos adolescentes tienen que enfrentarse a estos males solas por lo cual, pueden suponer o interpretar que es algo que no le interesa a sus padres incrementando su depresión.

En los colegios públicos según Ospina, et al. (2011): “Existe desconocimiento y desinterés por parte de los profesionales de la salud, padres y profesores, en la identificación temprana de alteraciones mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, causando detección tardía...” (p. 909). De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el objetivo general del presente estudio es determinar la relación entre actitudes y síntomas de trastornos alimenticios en asociación con síntomas depresivos en mujeres adolescentes de un colegio de Ventanilla-Callao.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Pregunta general

¿Cuál es la relación estadística Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios en asociación con síntomas depresivos en mujeres adolescentes de un colegio de Ventanilla-Callao?

1.2.2 Preguntas específicas

¿Cuáles son los porcentajes de las actitudes y los síntomas de los trastornos alimenticios en mujeres adolescentes de un colegio de Ventanilla-Callao?

¿Cuáles son los niveles de los síntomas depresivos en mujeres adolescentes de un colegio de Ventanilla-Callao?

¿Cuál es la relación entre las actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla - Callao?

¿Cuál es la relación entre los síntomas depresivos y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla - Callao?

1.3 Justificación de la investigación

La importancia de este estudio radica en aportar los conocimientos reunidos para la comunidad científica interesada en investigar sobre el tema, así como también para los profesionales en educación y salud, quienes podrán tomar medidas de prevención para los diferentes factores de riesgo que se presentan en la vida de las escolares, así también, para que puedan identificar la sintomatología de estas enfermedades y brindarles un adecuado tratamiento desde una etapa inicial. Asimismo, existe poca información de investigación actual entre las dos variables estudiadas, por lo que este estudio debe realizarse para recopilar información sobre los estudiantes que pueden tener síntomas de trastornos alimentarios relacionados con los síntomas depresivos.

Por otro lado, es relevante estudiar los síntomas y actitudes de los trastornos alimenticios en el ámbito escolar durante la adolescencia ya que se podría indicar que es la etapa del desarrollo en la cual somos más vulnerables, así como su asociación a los síntomas depresivos. La variable relacionada a los trastornos alimenticios, entre ellas la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y atracones, en la mayoría de los casos suele ser un mal crónico y silencioso, difícil de identificar, podría conllevar al desarrollo de los síntomas depresivos, por esta razón es de vital importancia visibilizar ante la población las primeras señales relacionados a estos trastornos, tanto para la comunidad profesional que se encuentra en interacción con las menores así como para los padres o tutores.

Así también, esta investigación es de suma importancia para los padres y los centros educativos ya que de los resultados obtenidos podrían identificar la vulnerabilidad de las menores y prevenir que se vuelvan males crónicos con el tiempo, mediante diferentes estrategias o campañas de salud informativas dirigidos por equipos multidisciplinarios de la salud y educación, las cuales se pueden realizar en días conmemorativos tales como el 16 de octubre (día mundial de la alimentación). La escuela también puede implementar talleres para padres e hijos enfocados en reforzar la autoestima, el vínculo familiar, así como también las capacidades de afrontamiento y resolución de conflictos, para que de tal manera se pueda prevenir las conductas nocivas relacionadas a los síntomas depresivos que puedan presentar sus hijas.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes de un colegio en Ventanilla - Callao.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir los porcentajes en las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.
- Describir los niveles de los síntomas depresivos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.

- Determinar la relación entre las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.
- Determinar la relación entre síntomas depresivos y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.

1.5 Hipótesis

Hipótesis general

Hipótesis de investigación: Existe relación entre actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.

Hipótesis nula: No existe relación entre actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.

Hipótesis específica

Hipótesis de investigación 1: Existe relación entre las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.

Hipótesis nula 1: No existe relación entre las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.

Hipótesis de investigación 2: Existe relación entre síntomas depresivos y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.

Hipótesis nula 2: No existe relación entre síntomas depresivos y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

En el ámbito internacional, Espinosa A. (2020), realizó un estudio en Querétaro, México, el cual tuvo como objetivo determinar la asociación entre la depresión y trastornos de la alimentación en los adolescentes, el cual contó con una muestra no probabilística por conveniencia de 337 adolescentes, con un tipo de estudio transversal comparativo, prospectivo. Para este trabajo de investigación se evaluó a la muestra a través de la aplicación de la prueba de depresión de Beck y de conducta de riesgo alimentario EAT - 26, bulimia (BITE) y criterios de DSM 5 para atracón y anorexia. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico; SPSS v. 25. Los resultados evidenciaron que de los 337 adolescentes; 148 presentaron depresión, 30 (20.3%) con conductas alimenticias de riesgo, el restante presentó ausencia de estos. Por tanto, la investigación muestra que la ocurrencia de depresión y trastornos alimentarios se observa en una proporción significativa de adolescentes con predominio de mujeres. Además, se encontró que más del 61 % de las personas con depresión estaban relacionadas con un trastorno alimentario y menos del 5 % de las personas sin depresión.

Del mismo modo, Straffon, et al. (2019), realizaron un estudio en México, el cual tuvo como objetivo El objetivo principal fue determinar la relación entre los hábitos alimentarios y los síntomas depresivos en escolares mexicanos a lo largo de un año. La muestra no-probabilística intencional estuvo compuesta por 64 menores, el tipo de estudio fue no-experimental, longitudinal de panel, con un alcance correlacional. Para la evaluación se utilizó Inventario de Depresión Infantil (CDI) y el Overeating Questionnaire (OQ), para el análisis estadístico de las variables se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman, dando como resultado en primer lugar en la evaluación 2016, una fuerte asociación entre imagen corporal y CDI total ($r_s = -.46$; $p < .05$) mientras que en la evaluación del 2017, destaca una fuerte asociación entre hábitos de salud y trastorno afectivo y CDI total ($r_s = 0,62$, $p < 0,05$). Por tanto, se concluyó en que la percepción de la propia imagen corporal es desfavorable en presencia de síntomas depresivos, además, las grandes diferencias emocionales aumentan los síntomas depresivos.

Así también, Buitrago, et al. (2017), realizaron un estudio de investigación en Boyaca, el cual pretende establecer un vínculo entre la cohesión Familia y severidad de los síntomas depresivos en adolescentes escolares institución educativa de la ciudad de Tunya (Boyacá), para lo cual se contó con una muestra no probabilística que estuvo conformada por 244 estudiantes de secundaria. Dicha investigación es de corte no experimental y diseño correlacional. Los instrumentos que se emplearon fueron; la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES - D) y la escala de Cohesión Familiar de Torres de Galvis y Murrelle, además de una ficha sociodemográfica. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo por medio del programa estadístico SPSS v. 23.0. con el índice de correlación de Tau-b de Kendall, dando como resultado la existencia de una relación negativa (-0,161) entre la presencia de sintomatología depresiva y el nivel de cohesión familiar y una significancia de 0.012; se destaca la correlación existente entre las dos variables y los altos índices de sintomatología depresiva. En conclusión, la relación entre padre e hijos con menor afinidad y cercanía, pueden generar como consecuencia síntomas depresivos.

Por otro lado, Cruz, et al. (2016), realizaron un estudio que tuvo lugar en el país Vasco, el cual tuvo como finalidad principal analizar la relación entre la depresión y la ansiedad

con la insatisfacción corporal y el comportamiento de control de peso en las adolescentes que tiene sobrepeso. Dicha investigación conto con una muestra de 765 féminas de 16 a 20 años provenientes de 13 colegios secundarios y 5 facultades de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU), sin embargo, solo se consideraron 140 adolescentes que presentaban sobrepeso/obesidad para la investigación. Se considera el presente estudio, de tipo transversal con una muestra no probabilística. En cuanto al análisis se utilizó el programa estadístico SPSS v. 20.0. Las adolescentes fueron evaluadas mediante la escala de insatisfacción corporal del EDI-2, las escalas para poder medir ansiedad y depresión del GHQ-28 y una adaptación de las escalas del EAT survey para medir las conductas relacionadas al control de peso. Como resultado, los adolescentes con sobrepeso y alta insatisfacción corporal presentaron síntomas más severos de ansiedad y depresión, así como más conductas dirigidas al control del peso corporal. Además, se ha demostrado que el impacto de la insatisfacción corporal en el control del peso depende en parte de las variables depresión y ansiedad, mientras que los síntomas de ansiedad tienen un impacto directo en el control del peso directa e indirectamente en el control del peso, y los síntomas depresivos solo tienen un efecto indirecto. Esto conduce a un hallazgo sorprendente del papel mediador de los síntomas depresivos, y especialmente de la ansiedad, en el desarrollo de conductas de control de peso poco saludables.

Concluyendo con el ámbito internacional, Pineda, et al. (2017) que tuvieron por objetivo realizar la comparación entre el riesgo de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) en base al sexo, el nivel de ansiedad y la ciudad en la que residen. En esta investigación que tiene un diseño no experimental-transversal, tipo encuesta, se empleó una muestra no probabilística conformada por 857 estudiantes universitarios, de ellos 42% establecidos en la Ciudad de México y otro 58% que vivían en la ciudad de la Ensenada. Para la evaluación se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud, para evaluar el riesgo de anorexia nerviosa y el Inventario de Ansiedad de Beck para medir el nivel de ansiedad. Los datos obtenidos mostraron que los niveles de ansiedad variaron según la ciudad de residencia y fueron mayores en Ensenada. Además, se encontraron interacciones significativas entre variables; En la ciudad de Ensenada, por ejemplo, el riesgo de bulimia aumentaba a medida que aumentaba la ansiedad. Esto confirma no solo la importancia del género y la ansiedad en los trastornos alimentarios sino también la interacción de estas variables con la ciudad de residencia.

Nacionales. –

En el ámbito nacional, Chauca, M. (2022). realizó su investigación en San Juan de Lurigancho para determinar la relación entre la ingesta de alimentos y el estado nutricional y la depresión en adolescentes de escuelas secundarias privadas, en la cual mediante un muestro no probabilística intencional se obtuvo una muestra de 66 estudiantes masculinos y femeninos de 12 años en adelante hasta los 16 años, estudiando en una institución educativa privada. El estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, estudio transversal y correlacional, en el cual para la medición de las variables se utilizaron la frecuencia de la ingesta alimenticia, el Índice de Masa Corporal y finalmente el Inventario de Beck, versión abreviada de 13 ítems. Para analizar estadísticamente los resultados se evaluó la diferencia mediante la Prueba Chi-cuadrado. Los resultados no mostraron una relación estadísticamente significativa entre la depresión y la ingesta de alimentos o el estado nutricional, pero el 68,2% de los adolescentes con depresión tenían una ingesta inadecuada de alimentos y el 81,3% de los adolescentes con depresión. Los adolescentes con sobrepeso también sufren de depresión. En general, no hubo asociación entre la depresión y la ingesta de alimentos o el estado nutricional.

También, Salazar, L. (2019) realizó una investigación en la ciudad de Cajamarca, con el objetivo de determinación de la prevalencia de los trastornos alimentarios: anorexia y bulimia en función del nivel de autoestima de los jóvenes por parte de la institución educativa Andres Avelino Cáceres, para lo cual se planteó una muestra conformada por 257 adolescentes mediante un muestreo probabilístico estratificado. Dicho estudio de investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, en el cual para la evaluación de las variables se empleó la prueba EAT – 26 (Prueba de actitudes alimentarias), BITE (Test de Bulimia de Edimburgo) y La escala de autoestima de Rosenberg. Para el análisis estadístico se empleó, la prueba estadística del Chi cuadrado y la Prueba X² de Pearson. Los principales resultados fueron que el 25,3% presentaba conductas alimentarias peligrosas relacionadas con trastornos alimentarios, el 30,4% presentaba patrones alimentarios anormales, el 12,1% podría presentar bulimia subclínica, en cuanto al nivel de autoestima, el 46,7% tiene autoestima alta o normal, se puede concluir que existe una relación entre la anorexia y la autoestima, y la relación entre la glotonería y la baja autoestima.

Así mismo, Mamani, C. (2018), realizó su estudio de investigación en la ciudad de Arequipa, con la finalidad de vincular las creencias fundamentales relacionadas con los trastornos alimentarios con los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres estudiantes del Centro de preparación Universitario de la Universidad Católica Santa María, de las cuales se seleccionó una muestra de 517 estudiantes con edades entre 15 y 22 años. El estudio es de tipo no experimental correlacional descriptiva, en la cual se emplearon; el Cuestionario de Creencias Nucleares asociadas a los Trastornos Alimenticios (ED-CBQ) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la información obtenida se analizó mediante el paquete Estadístico SPSS versión 19. Como resultado, mostraron una correlación altamente significativa entre las 4 creencias centrales sobre los trastornos alimentarios y los síntomas de ansiedad, además de una correlación positiva altamente significativa entre las 4 creencias centrales del trastorno alimentario y una correlación negativa altamente significativa entre una creencia central del trastorno alimentario y síntomas depresivos. En conjunto, los resultados sugieren que las creencias fundamentales sobre los trastornos alimentarios están vinculadas a los síntomas de ansiedad y depresión.

De la misma forma, Granados, S. (2018), realizó su estudio en la ciudad de Lima, el cual tuvo como objetivo, determinar los niveles de depresión en los adolescentes de la clínica Gaba – Perú en el Distrito de San Borja, para lo cual se utilizó una muestra de tipo no probabilística intencional, conformada por 49 adolescentes de ambos sexos que asisten a un centro de ayuda. Este estudio fue de tipo descriptivo; con un diseño no experimental y de corte transversal, en el cual se empleó para la medición de la variable, el inventario de Depresión Infantil y Adolescente de Kovacs. En cuanto al análisis de los resultados obtenidos se empleó el paquete estadístico para las Ciencias Sociales versión 22 (SPSS v.22) y Excel del año 2016. El principal resultado del estudio fue el aspecto “Baja autoestima”, el cual arrojó que los puntajes altos miden principalmente el rendimiento académico, mientras que el 48% del total de la muestra presentó un nivel moderado del aspecto “disforia”. De tal modo, se concluyó que el nivel de depresión en pacientes con trastornos alimentarios es moderado.

Por último, Mamani y Quispe (2016) realizaron una investigación en Juliaca, que tuvo por objetivo determinar la correlación entre depresión y disfunción familiar en estudiantes de cuarto año de secundaria para lo cual se contó con una muestra de 126 estudiantes, hombres y mujeres. Fue un estudio de tipo descriptivo correlacional no experimental, transaccional, en el cual se usó para la investigación las pruebas de Apgar Familiar y el inventario de Depresión de Beck (BDI), para el análisis de las variables se

empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 y *r* de Pearson. Los resultados mostraron que el grado de depresión representó el porcentaje mínimo de depresión mayor y que la disfunción familiar representó el grado mínimo de disfunción familiar severa. En resumen, existe una correlación directa y significativa entre la depresión y el ajuste familiar, la depresión y la participación familiar, la depresión y la desintegración familiar; y no hubo correlación directa y significativa entre depresión y desarrollo familiar, depresión y apego familiar.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Definición variable I: Trastornos de la conducta alimentaria

Según Gómez, et al. (2012), Los trastornos alimentarios son trastornos mentales caracterizados por conductas desadaptadas y dañinas ante comer alimentos o la apariencia, relacionados con actos centrados con el control de peso, causando cambios físicos y actividad psicológica y social. Los trastornos nutricionales son principalmente enfermedades típicas con el comportamiento de los alimentos distorsionados, esta es una gran preocupación por la autodeterminación y el peso corporal. Los principales representantes de estos problemas son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), trastornos por atracones y los trastornos alimentarios no especificados.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), Los trastornos de la conducta alimentaria, suelen presentarse en la adolescencia y juventud. Este tipo de trastornos aparece con conductas alimenticias anormales y una marcada preocupación por la comida, además, en gran parte de los casos, por el peso y la apariencia corporal. En este sentido, esta enfermedad se coloca como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes y mujeres jóvenes, presentando una incidencia del 5% (López y Treasure, 2011).

Clasificación de la variable I

Anorexia Nerviosa

La introducción el termino Anorexia Nerviosa fue gracias a William Gull en el año 1874, debido a que no encontraba una alteración gastrointestinal que le ayude a explicar el padecimiento autodestructivo que sufrían sus pacientes, llego a la conclusión que la raíz era debido a un padecimiento central, por lo que relaciono su etimología al cerebro (Méndez, et al., 2008).

Este trastorno se caracteriza principalmente por la pérdida de peso propio, así como por trastornos psicológicos y anomalías fisiológicas secundarias (Schwabe, et al., 1981). Durante un largo tiempo se creía que este problema estaba relacionado a la falta de apetito en la persona que lo padece, sin embargo, Byrne (1987) señala que las pacientes con anorexia definitivamente tienen hambre, sin embargo, toman la decisión consciente y definitiva de no comer, debido a que se perciben con sobrepeso, esta aclaración se convirtió en factor importante para el diagnóstico. En general, las personas con la afección comienzan a perder peso, a menudo con una dieta baja en calorías y alta en proteínas, y muestran tres síntomas principales; distorsión de las proporciones ilusorias de la imagen y concepto del cuerpo; la distorsión perceptiva o interpretación perceptual de estímulos internos y parálisis sensorial, además, la amenorrea es un diagnóstico diferencial importante. (Bruch, 1973).

Características de la anorexia:

La anorexia se caracteriza por emaciación, búsqueda persistente de una figura esbelta y renuencia a mantener un peso normal o saludable, imagen corporal distorsionada y un fuerte miedo a aumentar de peso, amenorrea en niñas y mujeres y trastornos alimentarios extremos. Algunas personas con anorexia pierden peso haciendo dieta y ejercitándose en exceso; otros pierden peso debido al vómito autoinducido o al uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas. (Chávez e Insel, 2007).

Síntomas físicos. -	Síntomas emocionales y conductuales. -
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso excesiva, o no lograr el aumento de peso previsto para el desarrollo • Aspecto delgado • Recuento de células sanguíneas anormal • Fatiga • Insomnio • Mareos o desmayos • Pigmentación azulada en los dedos de la mano • Cabello fino o quebradizo, o pérdida de cabello • Vello suave como pelusa que cubre el cuerpo • Ausencia de menstruación • Estreñimiento y dolor abdominal • Piel seca o amarillenta • Intolerancia al frío • Ritmo cardíaco irregular • Presión arterial baja • Deshidratación • Hinchazón de los brazos o las piernas • Erosión dental y callosidades en los nudillos por la provocación de vómitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Restringir estrictamente la ingesta de alimentos mediante las dietas o el ayuno • Hacer ejercicios de forma excesiva • Darse atracones y provocarse vómitos para eliminar los alimentos, lo que puede incluir el uso de laxantes, enemas, suplementos dietarios o productos herbarios • Preocupación por los alimentos, que a veces incluye cocinar comidas elaboradas para los demás, pero no comerlas • Saltar comidas o rehusarse a comer con frecuencia • Negar el hambre o poner excusas para no comer • Comer solo unos pocos alimentos «seguros», por lo general, con bajo contenido de grasas y calorías • Adoptar rituales rígidos para las comidas o la alimentación, por ejemplo, escupir la comida después de masticarla • No querer comer en público • Mentir sobre la cantidad de comida que se ingirió • Sentir temor a aumentar de peso, que puede incluir pesarse o medirse el cuerpo repetidas veces • Mirarse con frecuencia al espejo para ver los defectos que se perciben • Quejarse por estar gordo o tener partes del cuerpo que son gordas • Cubrirse con capas de ropa

Fuente: signos y síntomas Chávez e Insel (2007)

Bulimia Nerviosa

Según Ysla Duran (2019), la bulimia es un trastorno alimentario en el que el comportamiento se desvía de los patrones de alimentación adecuados o saludables al consumir demasiada comida en muy poco tiempo, lo que se conoce como "comer en

exceso compulsivamente", y luego se expulsa al vomitar o al tomar laxantes. La culpa impulsa ese comportamiento.

La bulimia se caracteriza por una verdadera falta de control sobre la alimentación, ya que el trastorno parece ocurrir en un ciclo que alterna entre atracones y métodos drásticos de compensación para evitar el aumento de peso. Las personas con este trastorno tienen miedo de aumentar de peso, lo que afecta su estado de ánimo y emociones, empeora su estado de ánimo y, a largo plazo, provoca problemas depresivos. (Sandoz, 2011).

Características. -

Las características principales de la bulimia son los atracones, es decir el consumo exagerado de alimentos y seguido de eso los métodos compensatorios inapropiados como los vómitos provocados, el uso excesivo de laxantes, ejercicios compulsivos, diuréticos y ayunos, de manera constante todo eso con la intención de bajar de peso. (Pichat, 1995)

Síntomas. -

- Comer descontroladamente y atiborrarse, para luego purgarse
- Vomitar o abusar de los laxantes para perder peso
- Usar el baño frecuentemente después de las comidas
- Hacer ejercicio excesivamente
- Preocupación por el propio peso
- Problemas con la dentadura
- Dolores de garganta
- Depresiones o cambios de humor
- Sentirse fuera de control
- Ganglios hinchados en el cuello y en la cara
- Reflujo, indigestión, hinchamiento
- Menstruaciones irregulares
- Debilidad, fatiga, y ojos rojos e inflamados

Trastorno por atracón

Esta enfermedad, también conocida como trastorno alimentario compulsivo, se caracteriza por episodios de sobreingesta compulsiva, también conocida como trastorno por atracón. y perder el control sobre ese consumo. En este trastorno, también hay malestar con los atracones, pero no hay un comportamiento compensatorio a diferencia de otros trastornos alimentarios. Por ello, se asocia a la obesidad, con una alta prevalencia de enfermedades mentales y somáticas. (Palacios, 2014).

Características:

El trastorno se caracteriza por episodios de atracones (comer en exceso compulsivamente) que se caracterizan por dos características principales: comer demasiada comida en un período de tiempo relativamente corto y perder el control sobre

ello. De hecho, el trastorno es bastante grave, es uno de los nuevos trastornos del DSM-5 y apareció por primera vez en su esencia en la nueva edición del DSM, se traduce en la edición en español es comer demasiado. Este trastorno, aunque asociado con la obesidad, también puede ocurrir en personas de peso corporal normal o promedio, con un inicio que varía de una persona a otra. (García, 2013).

Así mismo, tiene como criterios más frecuentes la realización de episodios por atracones, sin aplicar conducta compensatoria alguna, lo que es asociado a sus dietas restrictivas. Esto afirma que los síntomas podrían relacionarse a dificultades para mantenerse en dieta por periodos prolongados (Quintero, et al; 2003).

Sintomatología

Según el DSM-IV (1995) los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Ingestión mucho más rápida de lo normal
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
3. Ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
4. Comer a solas para esconder su voracidad
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón

2.2.2 Modelos teóricos actitudes y síntomas de trastornos de conducta alimentaria. -

Modelo psicodinámico

Según Cosenza (2019), mostró que, según el modelo psicodinámico, existen varias fuerzas internas e inconscientes que determinan el comportamiento humano, incluido un complejo sistema de mecanismos psicológicos, estructuras y etapas de evolución para explicar el comportamiento, el descubrimiento de procesos reprimidos e inconscientes relacionados con la infancia que son relevantes para los problemas actuales del paciente, temas y preocupaciones terapéuticos basados en la elucidación de los procesos inconscientes a través de los sueños, la asociación libre y la interpretación abierta del comportamiento. En tal sentido, el modelo psicodinámico se caracteriza principalmente en la idea de que los trastornos alimenticios son el resultado de conflictos emocionales y problemas psicológicos subyacentes, centrándose en la relación entre la alimentación y las emociones, lo cual sugiere que los trastornos alimentarios son una forma de controlar sentimientos y conflictos internos (Cardoso y Castro, 2022).

Asimismo, el individuo se convierte en expresión de la necesidad de luchar por la perfección, cuyo fin último es ser amado, es decir, estar libre de dificultades y sin necesidad de nada, incluido el alimento. Parte del ideal de perfección es una imagen distorsionada de fragilidad que nunca podrá materializarse porque nunca se verá perfecta. Cuando hay un fracaso en la búsqueda de la perfección, el amor y la aprobación absoluta del objeto se convierte en un acto de venganza silenciosa y una forma de manipular y controlar el objeto, así como una sensación de seguridad a través de una imagen asexual hacia los demás. (Arango, 2015).

Modelo cognitivo-conductual

Este modelo se centra en el tratamiento de los problemas psicológicos que son causados por las creencias disfuncionales aprendidas durante la infancia y adolescencia que desencadenan en conductas y emociones desadaptativas, este modelo tiene como

objeto principal identificar y contrastar creencias desadaptativas del paciente que dificultan su desarrollo completo durante su vida diaria. En tal sentido el malestar no proviene como consecuencia directa de las situaciones vividas, sino de la interpretación que la persona le atribuye (Fernández, H. y Fernández, J., 2017).

Para Pérez, Corbera y Alda (2003), este modelo se centra en patrones de pensamientos y conductas disfuncionales en su mayoría como consecuencia de la presión social por lograr llegar a un estándar de belleza centrado en la delgadez lo cual conducirá a la persona a modificar sus hábitos alimenticios en base a sus deseos distorsionados, estas personas tienen creencias y pensamientos negativos sobre su aspecto físico, la comida y la imagen corporal, llevándolo a desarrollar comportamientos alimenticios y de control relacionados a manejar dichas creencias de forma rígida y poco realista. Así mismo, el enfoque terapéutico busca modificar estos patrones desadaptados tanto del pensamiento como de la conducta a través de técnicas cognitivas y conductuales.

Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria:

Según Jáuregui y Bolaños (2012) el tratamiento para este mal engloba no solo tratamiento farmacológico, si no que la rehabilitación de la persona también incluye consejo nutricional, psicoterapia individual e intervenciones familiares que son fundamentalmente psicoeducativas estas transmiten el mensaje de que la responsabilidad del cambio recae sobre el mismo paciente lo cual es logrado a través del incremento de la motivación y la reducción de la resistencia. Desde este punto, la intervención médica, psicológica y nutricional juegan un papel muy importante y conjunto, la paciente tiene que recibir una dieta personalizada a la que debe someterse, un seguimiento psicológico y unas recetas farmacológicas que debe acatar por su mejoría, en un primer momento existe la negación por parte de la persona tratada, sin embargo, es un proceso habitual por la que suelen pasar la mayoría de los pacientes. Cuando el tratamiento es ambulatorio necesariamente la paciente tiene que poseer estabilidad en relación con su condición médica, ausencia de riesgo suicida y una buena capacidad para la vida familiar, académica o laboral.

Para Unikel y Caballero (2010) es necesario primero tener el diagnóstico exacto del trastorno con el que estarían lidiando, es decir el tipo para posteriormente elegir un tipo de tratamiento especial para cada paciente. Es importante el descarte de alguna causa no psiquiátrica producto de estos trastornos. El objetivo principal de los tratamientos para trastornos de conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia sería la interrupción de la pérdida de peso. En estos tratamientos se crea un plan alimentario adecuado para que la persona vuelva a consumir los alimentos anteriormente restringidos, se distribuyen las calorías a las tres comidas diarias y dos colaciones intermedias. En los casos de sobrealimentación compulsiva, el principal objetivo del tratamiento es restablecer el equilibrio en la cantidad de grupos de alimentos que requiere el paciente. La terapia cognitivo-conductual también es una alternativa al tratamiento de la bulimia, puede acompañarse del abordaje psicopedagógico mencionado anteriormente, ayudando al paciente en su recuperación (Unikel y Caballero, 2010)

2.2.3. Definición de la variable II: Depresión

Según Palomino, Calero y Moro (2019), La depresión es generalmente un trastorno del estado de ánimo crónico y recurrente que afecta negativamente la capacidad de afrontar la vida diaria, es una enfermedad incapacitante que provoca angustia. Los síntomas que padecen incluyen sentimientos de tristeza, pérdida de placer, culpa y baja autoestima; a los cambios en el sueño, el apetito y la disminución de la energía y la concentración.

Barradas (2014) Defino la depresión como un trastorno emocional que se manifiesta como un estado depresivo acompañado de sentimientos de infelicidad, que pueden ser transitorios o permanentes, en el que predominan los síntomas emocionales, aunque cognitivos, volitivos e incluso físicos.

Sin embargo, el trastorno depresivo es más que solo un desorden del estado anímico, sino que también afecta al sujeto en todas sus áreas de funcionamiento abarcando también el comportamiento, así como el funcionamiento somático, emocional y cognitivos (Ugarriza y Escurra, 2002).

Características. -

La depresión suele ser más pronunciada en jóvenes que muestran cambios significativos en su pensamiento y comportamiento: tienden a sentirse tristes; pierden motivación, interés y entusiasmo; autoaislamiento; sufren de falta de energía que conduce a fatiga y niveles reducidos de actividad, los signos de fatiga son muy notorios después de un esfuerzo leve (Molina y Arranz, 2010).

Síntomas. -

La depresión en las adolescentes, según Molina y Arranz (2010) se caracteriza por lo siguiente:

• Tristeza	• Alteración de la menstruación
• Problemas de concentración o de memoria	• Enlentecimiento psicomotor o agitación
• Pérdida de interés en cosas con las que antes se solía disfrutar (anhedonia)	• Problemas de sueño: Dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o aumento de las horas de sueño
• Ansiedad	• Enlentecimiento mental y físico
• Vacío emocional	• Aumento o disminución del apetito
• Pensamientos negativos	• Aumento o disminución del peso
• Alexitimia	• Pérdida de interés en el sexo
	• Fatiga
	• Estreñimiento
	• Hipobulia

Fuente: signos y síntomas según Molina y Arranz (2010)

Dimensiones de la variable II

Para Sánchez, N., y Tobal, J. (2005) basan su estudio en las dimensiones del estilo atribucional propuestas por Abramson, Seligman y Teasdale (1978), la cual se fundamenta en el “por qué” de lo que les sucede, a partir de una serie de dimensiones atributivas. Las dimensiones que dan como determinantes de un determinado estilo de atribución son: interna o externa; estable versus inestable y específico versus global.

- Dimensión interno vs externo; Se refiere a la definición de causalidad basada en la autoría o responsabilidad en dos sentidos diferentes: la persona misma, enteramente determinada por el particular, o un extraño, enteramente determinada por un tercero.
- Dimensión estable vs inestable; se tiene en cuenta una variable de tiempo, distinguiendo entre causas que son constantes en el tiempo, por lo que la entidad se basa en la creencia de que esto siempre sucederá y las causas no deben persistir en el tiempo, lo que lleva a un resultado opuesto al anterior, es decir; Este no siempre será el caso.
- Dimensión global vs específico; Se refiere a una generalización que uno podría considerar en diferentes situaciones para verse afectado por esta expectativa fuera de control, es decir; afecta a todas las situaciones, en lugar de limitar esta expectativa incontrolada a un evento en particular, es decir, se aplica solo a esta situación.

2.2.4 Modelos teóricos sobre los síntomas depresivos. -

Modelo cognitivo de Beck. -

El psiquiatra Aaron Beck (1993) define la depresión como ver el mundo de una manera negativa y poco realista, las personas con depresión tienen creencias negativas en tres áreas, que pueden ser tríadas cognitivas, modelos cognitivos y sesgos, las personas deprimidas parecen estar limitadas por el trauma y desarrollan creencias negativas, sobre todo en aspectos de la vida diaria. Estas creencias negativas, que pueden quedar latentes y desencadenarse en determinadas circunstancias, son similares a la experiencia inicial, provocando actitudes negativas. La terapia cognitiva para la depresión aborda específicamente la desesperación de los pacientes deprimidos, es un proceso proactivo, dirigido, estructurado y limitado en el tiempo basado en la suposición teórica de que los vínculos y comportamientos de una persona están determinados en gran medida por la forma en que construye el mundo en su propia mente. Este modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- La tríada cognitiva: centrada en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo (el sí mismo, el mundo circundante y el futuro).
- Los esquemas cognitivos: centrada en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa.
- Los errores cognitivos: centrada en la visión negativa del futuro.

Modelo Gestalt

Según Tyson y Range (2003), la perspectiva de la teoría de la Gestalt, señala que la depresión es el resultado de un conflicto entre dos componentes de la personalidad que se han disuelto y diferenciado; Perls se refiere a estos dos componentes de la personalidad como el "perro arriba" y el "perro abajo", los cuales representan un conjunto de introversiones y creencias que la persona puede haber mantenido desde la infancia y que han ejercido una gran influencia sobre él, como sus padres o quienes actúan como sus padres o tutores. En este sentido, el perro de arriba es un conjunto de elementos relacionados con la conciencia externa que se ha introducido y ahora forma parte de la personalidad del paciente. Estos elementos fueron introducidos bajo la presión de emociones negativas cuya función es hacer que una persona haga y piense lo que erróneamente cree correcto, y la castigue con una severa autocrítica si viola estas estrictas reglas; es una especie de policía criminal. Por otro lado, el perro boca abajo

representa un conjunto de actitudes y creencias que se utilizan para manipular a otra persona, haciendo que esa persona parezca indefensa, incompetente, necesitada de empatía y protección de los demás, y muchas veces se somete al perro de arriba (Perls, 1987).

Una persona con depresión subconscientemente divide su personalidad en estas dos partes, expresando lo que quiere hacer y lo que cree que debe hacer, presentándose como víctima de manipulación y castigando al perpetrador. Una persona deprimida corta el contacto con determinados elementos o personas de su entorno, con determinados aspectos de sí misma, o con determinadas emociones que experimenta. Esta ruptura en la comunicación ocurre a través de ciertas manipulaciones. Se manipula a sí mismo ya quienes lo rodean proyectando las estacas superiores e inferiores del perro sobre los demás. Esta predicción no permite que una persona sienta y exprese las emociones provocadas por estas partes descompuestas de la personalidad, por lo que el gesto nunca termina y el conflicto queda sin resolver (Bonding, 2017).

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

La presente investigación es de tipo correlacional ya que se busca determinar la relación estadística entre actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes en Ventanilla - Callao. El diseño del estudio es no experimental de corte transversal ya que no se interviene en la muestra de estudio y los datos son recolectados en un momento dado del tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2017). Así mismo se usa un enfoque cuantitativo por el tratamiento estadístico de los datos.

3.2. Población y muestra

La población estuvo conformada 500 mujeres adolescentes de educación secundaria del turno mañana de una institución educativa estatal en el distrito de Ventanilla, Callao.

3.2.1. Tamaño de la muestra

Se procederá a calcular el tamaño de la muestra dentro de una población finita, para eso, utilizaremos la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Cada elemento significa:

- § **n**= Tamaño de muestra que se desea encontrar
- § **N**= Total de la población
- § **Z_α**= 1.96 al cuadrado, siendo la seguridad del 95%
- § **p**= proporción esperada 0.5
- § **q**= 1-p (sería 1-0.5= 0.5)
- § **d**= precisión (5%)

Reemplazando obtenemos:

$$n = \frac{500 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{\frac{0.05^2 \cdot (500-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{5}}$$

$$n = \frac{500 \cdot (3.8416) \cdot 0.5 \cdot 0.5}{5}$$

$$(0.0025)*(499)+$$
$$(3.8416)*0.5*0.5$$

n= 480.2

2.2079

n= 217

De esta forma la muestra estará conformada por 217 adolescentes mujeres entre 11 y 18 años, del 1ero al 5to grado de secundaria del turno mañana de una I.E. en Ventanilla, Callao.

3.2.2. Selección del muestreo

Para la investigación se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de acuerdo con los criterios de elección. Ya que la presente muestra fue seleccionada en base a un juicio subjetivo en vez de una selección al azar, es decir no todos los miembros tienen la opción de participar en el presente estudio, a diferencia del muestro probabilístico en el cual cada sujeto tiene mayor probabilidad de ser seleccionado (Hernández, Fernández y Baptista, 2017).

3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

➤ Criterios de inclusión. -

- Adolescentes mujeres de entre 11 y 18 años.
- Del 1ero al 5to de secundaria del turno mañana.
- Cuyos padres de familia hayan leído y firmado el consentimiento informado.
- Adolescentes que hayan aceptado verbalmente su participación en la evaluación.

➤ Criterios de exclusión. -

- Adolescentes mujeres que no se encuentren en el aula al momento de la evaluación.
- Aquellas que presenten algún malestar físico en el momento de la evaluación.
- Aquellos alumnos que no hayan respondido alguno de los instrumentos o la ficha sociodemográfica.

3.3. Variables

3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

Definición conceptual: Actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria:

Morrison, J. (2015) Los trastornos alimentarios son perturbaciones, problemas persistentes de alimentación o de conducta que conducen a cambios negativos en el consumo de alimentos, actitudes que dañan significativamente la salud física o mental y sobre el funcionamiento psicosocial, esto debido a que existen factores predisponentes.

Garner, Olmsted y Garfinkel (1984) señalan que existen los síntomas característicos de esta enfermedad, algunos de los cuales son pensamiento distorsionado, aumento de peso y mala o nula ingesta de alimentos; Si no sigue una de las reglas de alimentación sugeridas o establecidas, se genera el caos, se siente fuera de control y, en consecuencia, siente que no ha alcanzado sus objetivos, lo que genera frustración, culpa y acto de reparación.

Definición operacional: Actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. (ANEXO 1)

Variable cualitativa dicotómica ordinal. Dicha variable será medida a través del EAT-26, el cual es un instrumento que se encarga de reconocer la ausencia o presencia de actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria, evaluando las dimensiones: Dieta, Bulimia y preocupación por la comida, y Control Oral. Fue categorizado desde 0 a 19, ausencia de actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria; y de 20-78, presencia de actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria.

Definición conceptual: Síntomas depresivos.

Según Reynolds (1992), la depresión en la población adolescente, se considera como un trastorno intrínseco, ya que tiene un impacto directamente en su mundo interior, generando la sensación de miseria, angustia, tristeza y desmoralización, las cuales comúnmente van acompañadas de trastornos de la conducta que dan como consecuencia preocupación por parte de las personas que los rodean, quienes muchas ven estos comportamientos como propias de la etapa por la que están pasando sin considerar la relación con un trastorno mental.

Definición operacional: Síntomas depresivos. (ANEXO 2)

Variable cualitativa dicotómica nominal. Dicha variable será medida a través de la Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds (EDAR), el cual es un instrumento que se encarga de reconocer la ausencia o presencia de síntomas depresivos, evaluando por ítem; disforia, ansiedad escolar, soledad, devaluación por padres, valía personal, aislamiento, tristeza, llanto, anhedonia, quejas somática, bajo merito personal, abatimiento, daño a sí mismo, autoestima, autorreproche, falta de aprecio, fatiga, colera, desesperanza, alteración del sueño, pesimismo, irritabilidad, reducción de la comunicación, preocupación, aburrimiento, auto desaprobación, compasión por sí mismo y trastornos del apetito. Fue categorizado desde 30 a 75, ausencia de síntomas depresivos y de 76-120, presencia de síntomas depresivos.

3.3.2. Definición conceptual de las variables sociodemográficas. -

Procedencia

Según la Real Academia Española (RAE, 2018) la palabra procedencia hace referencia al lugar de origen de algo o alguien, es decir de donde viene, de donde nació o de donde este es derivado.

Estrato socio económico

Esta variable puede ser definida propiamente como las clases o grupos en que se divide la población de acuerdo con el distinto poder adquisitivo y nivel social. Los estratos son: a (clase alta), m (clase media) y b (clase baja). Es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación con otras personas (Vera, 2013).

Numero de hermanos

Según Víctor Saldarriaga (2011), número de hermanos hace referencia, a los otros hijos nacidos de la madre o padre biológico del niño o niña.

Afiliación de salud

La afiliación es un proceso gratuito al que todo ciudadano peruano puede acceder; sin embargo, este debe realizar un pago mensual para que su seguro se mantenga activo y esté cubierto. (Gobierno nacional del Perú, 2019)

Tipo de vivienda

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) el tipo de vivienda es el lugar donde reside una familia, el medio físico que ocupa la familia para realizar sus actividades y practicas familiares.

Ingiere las tres comidas

Instituto mexicano del seguro social (2005) afirma que el alimentarse diariamente con las tres comidas (desayuno, almuerzo y cena) es fundamental para el correcto desarrollo de los niños y adolescentes.

Definición operacional de la variable sociodemográfica. (ANEXO 3)

Para las variables sociodemográficas serán consideradas las siguientes variables: edad, variable cuantitativa de razón.

- Grado, variable cualitativa politómica ordinal (de 1ro a 5to grado).
- Procedencia variable cualitativa politómica nominal (costa, sierra, selva, extranjero).
- Estrato socioeconómico, variable cualitativa politómica ordinal (bajo, medio, alto).
- Número de hermanos, variable cualitativa politómica ordinal (Único hijo, Un hermano, Dos a cuatro hermanos, más de cuatros hermanos).
- Afiliación de salud, variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Tipo de vivienda, variable cualitativa politómica nominal (casa, departamento, cuarto alquilado, otros).

- Ingiere las tres comidas, variable cualitativa dicotómica nominal (sí, no).

3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

3.4.1 Plan de recolección de datos:

Para la recolección de datos se siguió la siguiente metodología:

- a) Primero, a través de un escrito a nombre de la Universidad Católica Sedes Sapientiae, se envió una solicitud a la dirección de la institución donde se discutió el proyecto y obtener los permisos correspondientes. El documento también se preparó con la finalidad de hacer una lista de estudiantes de los grados 1-5 de una escuela secundaria donde se entendió el número total de estudiantes.
- b) Se solicitó el permiso de la institución a través de su gerencia (director) con base en una carta de aprobación del comité de ética en investigación.
- c) Se solicitó el consentimiento de los padres a través de un documento donde se autorizó la participación de las menores en el proceso de investigación.
- d) Se coordinó con los profesores de la escuela para informarlos sobre la evaluación.
- e) Después de recibir todos los requisitos y permisos aprobados, se procedió a aplicar las pruebas seleccionadas para el estudio, así como la literatura sociodemográfica, se explicaron las pruebas de evaluación a los participantes previamente.
- f) Para la aplicación colectiva de la Escala de Depresión Adolescente de Reynolds y la prueba de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-26), los estudiantes se ubicaron individualmente en carpetas adecuadas, evitando la posibilidad de plagio en las respuestas de la herramienta. Se dio las instrucciones de cómo contestar correctamente el instrumento leyendo el contenido de la escala y mostrando la hoja de papel, posteriormente se le entregó el instrumento a cada estudiante, posteriormente se procedió a dar inicio para que contesten las pruebas. Se observó personalmente el correcto desarrollo de este y se respondió las dudas existentes durante la resolución.
- g) Los instrumentos fueron corregidos manualmente para su posterior codificación y transferidos a una base de datos donde posteriormente se realizó el análisis estadístico utilizando el programa STATA 15.

3.4.2 Instrumentos

1) Ficha técnica del Eating attitudes test-26. (ANEXO 4)

- Nombre: Test de actitudes alimentarias.
- Autores: Garner y Garfinkel (1982) versión original EAT- 40, luego fue rediseñado y lo simplificaron en 1979 a la versión 26 ítems dando lugar al EAT-26.
- Validación española: Gandarillas, 2003

- Validez en Perú: Palpan Jenny, Jiménez Carlos, Garay Jorge, Lima metropolitana (2007).
- Ítems: 26, donde el rango de preguntas 1 a la 24 y la pregunta 26 (en una dirección favorable para la variable) se toma los siguientes puntajes: 0 puntos para “a veces”, “rara vez” y “nunca”, 1 punto para “frecuentemente”, 2 puntos para “casi siempre” y 3 puntos la categoría “siempre”. Para el ítem 25 (en dirección contraria a la variable) el puntaje es: 0 puntos para “siempre”, “casi siempre” y “frecuentemente”, 1 punto para el valor “a veces”; 2 puntos para “rara vez”, 3 para “nunca”.
- Dimensiones: factor 1: dieta, factor 2: bulimia y preocupación por la alimentación y factor 3: control oral.
- Administración: Individual
- Duración: alternativo entre 10 a 15 minutos.
- Aplicación: Adolescentes y Adultos
- Significación: Evaluación de riesgos de trastornos en la conducta alimentaria.
- Es considerada como el estándar de oro para identificar síntomas y conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria.
- Tipificación: Baremos de la población en general.

Generalidades del EAT-26:

Test de Actitudes Alimentarias fue elaborada por Garner y Garinkel en 1979, con el objetivo de desarrollar y validar una escala de calificación que puede ser útil en la evaluación de una amplia gama de comportamientos (Garner & Garinkel, 1979). El cuestionario contaba primeramente con 40 ítems (EAT-40). Sin embargo, los estudios acerca de sus cualidades psicométricas condujeron a la abreviación del mismo (Gouveia, et al., 2010), dando como resultado así un cuestionario de 26 ítems que tiene 3 dimensiones (EAT-26). Puede ser administrado individual, cuenta con 3 dimensiones (Dieta, bulimia, control oral) y 26 ítems con una escala tipo Likert.

Validez

Palpan, Garay y Jiménez, (2007) validaron el instrumento EAT-26 en nuestro contexto peruano. El instrumento fue sometido por criterio de 9 jueces donde se obtuvo un $p=0.003$ ($p < 0.05$) donde se muestra total validez del instrumento, así también, se sometió a análisis con el coeficiente V de AIKEN cuyo resultado fue de .846 (Montoya, 2012).

Confiabilidad

El análisis de confiabilidad de la prueba EAT 26, se dio a través de la muestra en un estudio con 90 estudiantes mujeres, el índice Alfa de Cronbach para los tres factores fue de 0.863, siendo los valores $\alpha = 0.828$, 0.862 y 0.872 para las dimensiones dieta, bulimia y preocupación por la alimentación y control por la alimentación y control oral. Debido a esto se puede concluir que su nivel de confianza es aceptable para este instrumento. Esta Escala en su versión adaptada presenta una consistencia interna óptima ($\alpha = 0.783$). Asimismo, las subescalas muestran índices de consistencia fuertes. Por tanto, cabe concluir que el instrumento fue muy confiable. (Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez, 2007)

2) Ficha técnica: Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds. (ANEXO 5)

- Nombre del instrumento: Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds (EDAR)
- Autor: William Reynolds
- Año: 1987
- Objetivo: Evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes.
- Apto para: adolescentes de 13 a 18 años, aunque puede variar el rango de edad de los evaluados.
- Adaptación: Nelly Ugarriza y Miguel Ecurra (2002)

Generalidades

Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) fue creado por Reynolds en el año 1987 como primera versión, este instrumento tiene la finalidad de medir la sintomatología depresiva en los adolescentes. Como segunda versión de igual manera realizada por Reynolds en el año 2002, se mantiene el formato de recogida de respuestas al igual que el enunciado de los ítems, sin embargo, en esta segunda versión presenta nuevas muestras de estandarización y cuatro subescalas. Fue adaptada y traducida al castellano por Del Barrio en el año 1994.

Escala Reynolds de Depresión en Adolescentes se puede administrar de forma individual, colectiva u oral a adolescentes con dificultades de lectura o retrasos en el desarrollo. Consta de 30 ítems divididos en seis aspectos. (Figueras, 2006).

Validez

La Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds fue adaptada para el uso en Perú por Ugarriza y Ecurra (2002) en una muestra de 1.963 estudiantes de secundaria de escuelas públicas y privadas del área metropolitana de Lima. Se logró demostrar su validez mediante el uso de dos pruebas; el test de Bartlett con el cual se obtuvo un valor de 13100.207 y la medida de adecuación; Kaiser – Meier y Olkin (KMO) la cual dio como resultado un puntaje de .927 significativo al 0.01. En consecuencia, se demostró la validez del contenido, del resultado de la correlación entre ítem y escala total lo cual se obtuvo un rango de 0.30 a 0.50.

Confiabilidad

En relación con la confiabilidad de la prueba, se evaluó utilizando el procedimiento alfa de Cronbach y un test-retest, en donde para la muestra estandarizada en relación al alfa de Cronbach evidenciaron coeficientes de consistencia interna de 0,84 en relación a los 30 ítems y la confiabilidad de test-retest se realizó después de un breve descanso de dos semanas es una alta correlación de 0,89 (Ugarriza y Ecurra, 2002).

Ficha de datos sociodemográfica

Para obtener los datos de los encuestados se elaboró una ficha de datos sociodemográficas teniendo en consideración los antecedentes y las bases teóricas de las variables principales (**Anexo 6**).

3.5. Plan de análisis e interpretación de la información

Para el análisis estadístico se utilizó la versión 15 de STATA. De forma similar al análisis descriptivo, se calculó las frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas, así como la media y desviación estándar de las variables cuantitativas, tanto para las variables primarias como sociodemográficas. Asu vez, para el análisis

inferencia se determinó la normalidad de la variable edad con la prueba de Shapiro Wilk, asimismo se procederá a asociar las variables politómicas con las variables cuantitativas con distribución normal y se utilizará la prueba de Anova. Por otro lado, para las variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi- cuadrado, con un nivel de significancia de menor o igual a 0.05.

3.6. Ventajas y limitaciones

Ventajas

La presente investigación es de diseño de corte transversal por lo que el tiempo de evaluación será favorable, ya que no se requerirá de algún seguimiento a los evaluados. Asimismo, siendo un estudio de alcance correlacional la exploración que se realizará sobre trastornos alimenticios y depresión no involucra un análisis de causalidad lo que es favorable para el objetivo del estudio, además los instrumentos a utilizar se encuentran validados y con alta confiabilidad en la población peruana, y el tiempo estimado para su aplicación es conveniente.

Limitaciones

Por otro lado, una de las limitaciones del estudio es la poca información existente sobre las variables juntas en la población en cuestión, así como la deseabilidad social que pueda surgir en la evaluación de los instrumentos, ya que al ser una prueba anónima los evaluados pueden responder con poca sinceridad

3.7. Aspectos éticos

Principios y criterios:

1. Respeto de la confidencialidad y política de protección de datos

a) La aplicación y administración del cuestionario se hará de manera confidencial, teniendo en cuenta que los demás datos personales de los encuestados serán protegidos y no serán divulgados.

b) Precisar y explicar al participante la finalidad y uso de la información recibida. c) Los datos de los participantes se proporcionarán únicamente a un grupo limitado de personas que se identifiquen como investigadores en el caso de un proyecto de investigación para estudiantes de posgrado o para un grupo de trabajo que incluya: incluir revisores.

c) Los datos obtenidos durante la fase de recolección de información serán almacenados en la computadora del científico o coordinador científico con el uso de una contraseña personal.

d) Los materiales de investigación no digitales serán almacenados y resguardados en lugar apropiado por un período de siete años.

2. Respeto de la privacidad

a) respetar el derecho de los participantes de la investigación a elegir el momento, el contexto y la cantidad de información intercambiada con los investigadores.

b) Respetar el derecho de los participantes de la investigación a no proporcionar información que no deseen compartir.

c) Cuando las circunstancias lo permitan, se procurará que las preguntas se coloquen en lugares que permitan el respeto de los dos puntos anteriores.

3. No discriminación y libre participación

a) No habrá discriminación por razón de género, origen étnico o condición social en los participantes del estudio, de acuerdo con los criterios del método de inclusión y exclusión.

b) No habrá participación forzada en el estudio.

4. Consentimiento informado a la participación a la investigación (ANEXO 7)

a) Los sujetos reciben suficiente información sobre los objetivos y características del proyecto de investigación para obtener el consentimiento para participar en la investigación.

b) Los participantes recibirán información clara y adecuada sobre los riesgos y beneficios de participar en el estudio.

c) Se obtendrá el consentimiento informado de los participantes antes de la participación en el estudio, asimismo se les preguntara de manera verbal a los estudiantes si desean participar en el estudio (Asentimiento verbal)

d) Se informará a los potenciales encuestados de la posibilidad de retirarse del estudio y de la ausencia de consecuencias como consecuencia de esta decisión.

5. Respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados

a) promover el valor científico de la investigación demostrado por la relevancia clínica y social de la investigación.

b) Buscar la legitimidad científica de la investigación, reflejada en la creación de una base teórica suficiente basada en documentos científicos vigentes y actualizados, aplicación coherente de los métodos de investigación al problema que se necesita, resolución, selección de la muestra de investigación, sistematización completa y análisis de datos asegurando altos estándares de calidad y su interpretación crítica, utilizando un lenguaje apropiado para comunicar los resultados de la investigación.

c) La disponibilidad de la autoridad competente a la documentación física y bases de datos preparadas para revisar el proceso de recopilación de información.

d) Se considera que los estudiantes que trabajan en grupos tienen derechos de autor sobre los productos de investigación de acuerdo con las normas nacionales e internacionales que rigen la materia y sus afiliadas.

e) No comercializar, negociar y divulgar acríticamente parte o la totalidad del contenido del proyecto y los posibles resultados futuros por parte del equipo de investigación o de terceros ajenos al mismo.

f) Una declaración de que no existe ningún conflicto de interés en la realización del estudio. La aceptación junto con la correcta implementación de estas reglas y criterios es normativa y determina la integración y sostenibilidad de los científicos en el grupo de investigación.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Según lo expuesto en la tabla 1, del total de las 217 evaluadas, la edad promedio fue de 13.97 años, el 57.6% no profesaba ninguna religión, el 64.52% fue de la región selva, el 35.30% cursaba el 5to grado de secundaria, el 63.93% del total no han recibido nunca asistencia psicológica, el 37.07% tenía un solo hermano. Mientras que el 52.07% del total recibe una alimentación diaria, el 57.14% no contaba con seguro de salud. El resto de los resultados se ubican en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas.

Variables	N	%
Edad (m ± DE)		13.97±1.43
Religión		
Católico	20	9.22
No católico	72	33.18
No profesa	125	57.6
Procedencia		
Costa	43	19.82
Sierra	16	7.37
Selva	140	64.52
Extranjero	18	8.29
Grado		
1er grado	19	9.23
2do grado	42	19.84
3er grado	25	10.28
4to grado	55	25.35
5to grado	76	35.30
Asistencia psicológica		
Si	78	36.07
No	139	63.93
Número de hermanos		
Único hijo	34	18.39
Un hermano	88	37.07
De dos a cuatro hermanos	73	27.87
Mas de 4 hermanos	22	16.67
Alimentación diaria		
Si	113	52.07
No	104	47.93
Seguro de salud		
Si	93	42.86
No	124	57.14
Percepción de nivel socioeconómico		
Bajo	55	25.35
Medio	94	43.32
Alto	68	31.34
Tipo de vivienda		
Casa	49	22.58
Departamento	130	59.91
Cuarto	7	3.23
Alquiler	30	13.82
Otro	1	0.46

De acuerdo con la tabla 2, el 30.88% del total se encontró dentro de la categoría promedio en riesgo dentro del factor dieta, así mismo, el 36.41% se encontró dentro de la categoría relacionada a la presencia del factor bulimia, también, dentro del factor control oral el 36.41% se encontró en la categoría ausencia. Por otro lado se encontró un nivel bajo de síntomas depresivos con un 60.37%.

Tabla 2. Descripción de variables principales

Variables	N	%
Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios		
Factor dieta		
Ausencia	57	26.27
Promedio bajo	61	28.11
Promedio en riesgo	67	30.88
Presencia	32	14.74
Factor bulimia y preocupación por la comida		
Ausencia	50	23.04
Promedio bajo	25	11.52
Promedio en riesgo	63	29.03
Presencia	79	36.41
Factor control oral		
Ausencia	79	36.41
Promedio bajo	67	30.88
Promedio en riesgo	56	25.80
Presencia	15	6.91
Síntomas depresivos		
Muy bajo	44	20.28
Bajo	131	60.37
Promedio	31	14.29
Alto	10	4.60
Muy alto	1	0.46

En la tabla 3, se aprecia una relación significativa entre el factor control oral y síntomas depresivos ($p=0.03$); es decir, el 66.67% de las participantes que reportó un promedio en riesgo dentro de la variable; actitudes y síntomas de trastornos alimenticios, presentó un nivel bajo en asociación a síntomas depresivos. Por otro lado, no se halló relación significativa entre las dimensiones restantes correspondientes a actitudes y síntomas de trastornos alimenticios asociada a los niveles de la variable síntomas depresivos como se puede apreciar en la tabla 3.

Tabla 3. Asociación entre las variables principales.

	Muy bajo		Bajo		Síntomas depresivos				Muy alto		P
	N	%	N	%	Promedio N	%	Alto N	%	n	%	
Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios											
Factor dieta											0.75
Ausencia	11	19.30	32	56.14	9	15.79	4	7.02	1	1.75	
Promedio bajo	13	21.31	39	63.93	7	11.48	2	3.28	0	0.00	
Promedio en riesgo	12	17.91	40	59.70	11	11.40	2	2.99	0	0.00	
Presencia	8	25.00	20	62.50	2	6.25	2	6.25	0	0.00	
Factor bulimia y preocupación por la comida											0.08
Ausencia	11	22.00	32	64.00	6	12.00	1	2.00	0	0.00	
Promedio bajo	4	16.00	12	48.00	4	16.00	4	16.00	1	4.00	
Promedio en riesgo	10	15.87	41	65.08	9	14.29	3	4.76	0	0.00	
Presencia	19	24.05	46	58.23	12	15.19	2	2.53	0	0.00	
Factor control oral											0.03
Ausencia	18	25.71	39	55.71	11	15.71	2	2.86	0	0.00	
Promedio bajo	15	25.42	36	61.02	6	10.17	1	1.69	1	1.69	
Promedio en riesgo	9	15.00	40	66.67	9	15.00	2	3.33	0	0.00	
Presencia	2	7.14	16	57.14	5	17.86	5	17.86	0	0.00	

Como se aprecia en la tabla 4; no se encontró relación significativa entre los niveles relacionados a la variable síntomas depresivos y las variables sociodemográficas. Sin embargo, se encontró que el mayor porcentaje de sujetos encuestados se encuentra en un nivel bajo en cuanto a la variable principal; síntomas depresivos, en donde la mayoría fueron católicos, procedentes de la selva, de cuarto de secundaria, el resto de los datos se encuentran en la tabla 4.

Tabla 4. Asociación entre factores sociodemográficos y síntomas depresivos.

	Muy bajo		Bajo		Síntomas depresivos				Muy alto		P - valor
	N	%	n	%	N	%	N	%	n	%	
Variables secundarias											
Edad (m±DE)	13.81	1.37	13.97	1.44	13.93	1.46	14.1	1.66	14	0.00	0.97
Religión											0.84
Católico	22	17.60	79	63.20	17	13.60	6	4.80	1	0.80	
No católico	17	23.61	39	54.17	12	16.67	4	5.56	0	0.00	
No profesa	5	25.00	13	65.00	2	10.00	0	0.00	0	0.00	
Procedencia											0.86
Costa	6	13.95	29	67.44	5	11.63	3	6.98	0	0.00	
Sierra	2	12.50	9	56.25	4	25.00	1	6.25	0	0.00	
Selva	33	23.57	80	57.14	20	14.29	6	4.29	1	0.71	
Extranjero	3	16.67	13	72.22	2	11.11	0	0.00	0	0.00	
Grado											0.49
1	5	25.00	9	45.00	4	20.00	2	10.00	0	0.00	
2	9	20.93	26	60.47	5	11.63	2	4.65	1	2.33	
3	4	17.39	15	65.22	4	17.39	0	0.00	0	0.00	
4	6	10.91	41	74.55	6	10.91	2	3.64	0	0.00	
5	20	26.32	40	52.63	12	15.79	4	5.26	0	0.00	
Asistencia psicológica											0.5
Si	19	24.36	48	61.54	9	11.54	2	2.56	0	0.00	
No	25	17.99	83	59.71	22	15.83	8	5.76	1	0.72	

Tabla 4. Continuación

	Muy bajo		Bajo		Síntomas depresivos				Muy alto		P- valor	
	N	%	n	%	Promedio		N	Alto	%	n		%
Número de hermanos												0.74
Único hijo	15	23.44	35	54.69	10	15.63	4	6.25	0	0.00		
1 hermano	14	19.72	42	59.15	11	15.49	3	4.23	1	1.41		
2 – 4 hermanos	7	13.21	35	66.04	9	16.98	2	3.77	0	0.00		
Más de 4	8	27.59	19	65.52	1	3.45	1	3.45	0	0.00		
Alimentación diaria												0.49
Si	27	23.89	63	55.75	17	15.04	5	4.42	1	0.88		
No	17	16.35	68	65.38	14	13.46	5	4.81	0	0.00		
Seguro de salud												0.46
Si	21	22.58	55	54.84	15	16.13	6	6.45	0	0.00		
No	23	18.55	80	64.52	16	12.90	4	3.23	1	0.81		
Percepción socioeconómica												0.73
Bajo	11	20.00	35	63.64	7	12.73	2	3.64	0	0.00		
Medio	17	18.09	61	64.89	12	12.77	4	4.26	0	0.00		
Alto	16	23.53	35	51.47	12	17.65	4	5.88	1	1.47		
Tipo de vivienda												0.85
Casa	9	18.37	34	69.39	5	10.20	1	2.04	0	0.00		
Departamento	27	20.77	71	54.62	24	18.46	7	5.38	1	0.77		
Cuarto	1	14.29	5	71.43	0	0.00	1	14.29	0	0.00		
Alquiler	7	23.33	20	66.67	2	6.67	1	3.33	0	0.00		
Otro	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00		

En relación a la tabla 5, se encontró relación significativa entre la variable seguro de salud y la dimensión; factor dieta correspondiente a la variable actitudes y síntomas de trastornos alimenticios ($p = 0.018$), donde la misma cantidad de participantes (34.41%) que reportó que contaba con seguro de salud, se encontró dentro de la categoría ausencia y la categoría promedio en riesgo, así mismo, existe relación entre alimentación diaria y factor control oral ($p = 0.003$) evidenciando que el 40.38% de los que señalaron que reciben una alimentación diaria está asociado con la categoría ausencia de la dimensión principal mencionada. El resto de los resultados se pueden ver en la tabla 5.

Tabla 5. Asociación entre factores sociodemográficos y actitudes y síntomas de trastornos alimenticios.

	Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios																P - valor	
	Factor dieta								P- valor	Factor bulimia								
	Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo		Ausencia			Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo en riesgo		Ausencia		
	N	%	n	%	N	%	N	%		n	%	N	%	n	%	n		%
Variables secundarias																		
Edad (m±DE)	13.8	1.44	14.04	1.51	14.15	1.39	13.72	1.35	0.3	13.91	1.2	13.89	1.56	13.96	1.3	14.6	1.6	0.31
Religión																		
Católico	18	14.4	37	29.6	38	30.4	32	25.6	0.96	39	31	38	30.4	16	13	32	26	
No católico	11	15.3	23	31.94	17	23.61	21	29.17		30	42	17	23.6	8	11	17	24	
No profesa	3	15	7	35	6	30	4	20		10	50	8	40	1	5	1	5	
Procedencia																		
Costa	7	16.3	12	27.91	11	25.58	13	30.23	0.85	10	23	11	25.6	8	19	14	33	0.51
Sierra	4	25	3	18.75	3	18.75	6	37.5		6	38	6	37.5	1	6.3	3	19	
Selva	19	13.6	46	32.86	42	30	33	23.57		55	39	42	30	14	10	29	21	
Extranjero	2	11.1	6	33.33	5	27.78	5	27.78		8	44	4	22.2	2	11	4	22	

Tabla 5. Continuación

	Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios																P - valor							
	Factor dieta								P- valor	Factor bulimia														
	Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo		Ausencia			Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo en riesgo		Ausencia								
	N	%	n	%	N	%	N	%		n	%	N	%	n	%	n		%						
Grado																	0.51	0.47						
1	3	15	6	30	8	40	3	15									7	35	3	15	3	15	7	35
2	3	6.98	18	41.86	13	30.23	9	20.93									16	28	13	30.2	6	14	12	28
3	4	17.4	6	29.09	9	39.13	4	17.39									10	43	8	34.8	2	8.7	3	13
4	9	16.4	14	25.45	14	25.45	18	32.73									27	49	15	27.3	4	7.3	9	16
5	13	17.1	23	30.26	17	22.37	23	30.26									23	30	24	31.6	10	13	19	25
Asistencia psicológica																	0.95	0.69						
Si	12	15.4	23	29.49	21	26.92	22	28.91									29	37	20	25.6	8	10	21	27
No	20	14.4	44	31.65	40	28.78	35	25.18									50	36	43	30.9	17	12	29	21
Número de hermanos																	0.78	0.6						
Único hijo	10	15.6	19	29.69	17	26.56	18	28.13									27	42	22	34.4	4	6.3	11	17
1 hermano	12	16.9	21	29.58	18	25.35	20	28.17									24	34	18	25.4	9	13	20	28
2 – 4 hermanos	3	11.3	20	37.74	18	33.96	9	16.98									17	32	16	30.2	9	17	11	21
Más de 4	4	13.8	7	24.14	8	27.59	10	34.48									11	38	7	24.1	3	10	8	28
Alimentación diaria																	0.52	0.87						
Si	17	15	30	26.55	35	30.97	31	27.43									44	39	32	28.3	12	11	25	22
No	15	14.4	37	35.58	26	25	26	25									35	34	31	29.8	13	13	25	24

Tabla 5. Continuación

	Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios																P - valor	
	Factor dieta								P- valor	Factor bulimia								
	Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo		Ausencia			Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo en riesgo		Ausencia		
	N	%	n	%	N	%	N	%		n	%	N	%	n	%	n		%
Seguro de salud																	0.018	0.68
Si	9	9.68	32	34.41	20	21.51	32	34.41		36	39	28	30.1	8	8.6	21	23	
No	23	18.6	35	28.23	41	33.06	25	20.16		43	35	35	28.2	17	14	29	23	
Percepción socioeconómica																	0.065	0.81
Bajo	5	9.09	14	25.45	23	41.82	13	23.64		20	36	19	34.6	7	13	9	16	
Medio	16	17	27	28.72	20	21.28	31	32.98		35	37	25	26.6	9	9.6	25	27	
Alto	11	16.2	26	38.24	18	26.47	13	19.12		24	35	19	27.9	9	13	16	24	
Tipo de vivienda																	0.12	0.51
Casa	5	10.2	16	32.65	15	30.61	13	26.53		20	41	15	30.6	3	6.1	11	22	
Departamento	22	16.9	36	27.69	38	29.23	34	26.15		47	36	37	28.5	19	15	27	21	
Cuarto	1	14.3	1	14.29	5	71.43	0	0		1	14	4	57.1	1	14	1	14	
Alquiler	4	13.3	14	46.67	3	10	9	30		10	33	7	23.3	2	6.7	11	37	
Otro	0	0	0	0	0	0	1	100		1	100	0	0	0	0	0	0	

Tabla 5. Continuación

	Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios																		P – valor		
	Factor control oral									P – valor	Factor control oral										
	Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo		Ausencia		Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo		Ausencia						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N		%	N	%	N	%	N	%				
Variables secundarias																			Grado	0.61	
Edad (m ± DE)	14.4	1.59	13.84	1.5	13.82	1.35	14.04	1.41	0.5	1	1	5	3	15	4	20	12	60			
Religión										0.45	2	5	11.63	12	27.91	11	25.58	15	34.9		
Católico	9	7.2	33	26.4	40	32	43	34.4		3	2	8.7	6	26.09	6	26.09	9	39.1			
Otra religión	3	4.17	20	27.78	23	31.94	26	36.11		4	2	3.64	14	25.45	22	40	17	30.9			
No profesa	3	15	3	15	4	20	10	50		5	5	6.58	21	27.63	24	31.58	26	34.2			
Procedencia										0.45	Asistencia psicológica										0.21
Costa	2	4.65	12	27.91	11	25.58	18	41.86		Si	5	6.41	18	23.08	31	39.74	24	30.8			
Sierra	0	0	5	31.25	8	50	3	18.75		No	10	7.19	38	27.34	36	25.9	55	39.6			
Selva	12	8.57	37	26.43	42	30	49	35		Número de hermanos										0.64	
Extranjero	1	5.56	2	11.11	6	33.33	9	50		Único hijo	7	10.94	17	26.56	19	29.69	21	32.8			
Percepción socioeconómica										0.18	1 hermano	2	2.82	22	30.99	20	28.17	27	38		
Bajo	3	5.45	9	16.36	24	43.64	19	34.55		2 – 4 hermanos	3	5.66	11	20.75	17	32.08	22	41.5			
Medio	7	7.45	26	27.66	22	23.4	39	41.49		Mas de 4	3	10.34	6	20.69	11	37.93	9	31			
Alto	5	7.35	21	30.88	21	30.88	21	30.88													

Tabla 5. Continuación

	Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios																P – valor																		
	Factor control oral								P – valor	Factor control oral																									
	Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo		Ausencia			Presencia		Promedio en riesgo		Promedio bajo		Ausencia																			
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	N		%																	
Tipo de vivienda																	0.14	Alimentación diaria																	0
Casa	8	16.3	11	22.45	13	26.53	17	34.69		Si	3	2.65	39	34.51	34	30.09	37	32.7																	
Departamento	7	5.38	35	26.92	38	29.23	50	38.46		No	12	11.54	17	16.35	33	31.73	42	40.4																	
Cuarto	0	0	1	14.29	2	28.57	4	57.14		Seguro de salud																	0.12								
Alquiler	0	0	9	30	14	46.67	7	23.33		Si	4	4.3	31	33.33	26	27.96	32	34.4																	
Otro	0	0	0	0	0	0	1	100		No	11	8.87	25	20.16	41	33.06	47	37.9																	

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

Los resultados muestran que existe relación significativa entre el factor control oral, correspondiente a la variable principal actitudes y síntomas de trastornos alimenticios, y síntomas depresivos. Además, se encontró relación entre la variable actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y la variable alimentación diaria y la variable segura de salud que son parte de las variables sociodemográficas.

En cuanto a la relación entre las variables principales, la mayor cantidad de adolescentes que reportaron actitudes y síntomas de trastornos alimenticios, exactamente en la dimensión factor control oral, siendo la categoría promedio en riesgo la que posee el mayor porcentaje, presentan síntomas depresivos en un nivel bajo. Otros estudios como los de Espinosa (2020) y Straffon et al. (2019), coinciden en la relación entre estas variables dentro de la población adolescente femenina, incluso dentro de sus investigaciones reportaron niveles más altos relacionados a la depresión. Esto podría explicarse según Méndez, Y. y Cerquera, A. (2021), debido a que durante la etapa de adolescencia existen cambios psíquicos y físicos propios de la edad en la que se encuentran, en la cual, las relaciones sociales y específicamente las opiniones de los pares, juegan un papel trascendental en la vida del menor, presentándose en muchos casos; el culto a la belleza, teniendo más prevalencia en la población femenina. Esto supone un factor de riesgo en aquellos adolescentes que cuentan con carencias afectivas e inseguridades, alimentando la posibilidad de presentar trastornos de tipo alimenticios como depresivos. Sin embargo, a pesar de que los rasgos afectivos anormales que se presentan en ambos trastornos son similares, es difícil determinar el origen de esta relación y el orden en el que se presentan o desarrollan dichas variables.

En los resultados de la muestra se halló que las adolescentes que reportaron un nivel de promedio bajo en el factor dieta de actitudes y síntomas de trastornos alimenticios no poseen seguro de salud. No se encontraron resultados similares en otras investigaciones que relacionan la ausencia de trastornos alimenticios en adolescentes mujeres que poseen seguro de salud. Sin embargo, a pesar de la relación expuesta entre dichas variables, es importante tener en cuenta que el acceso a seguro de salud siempre es una ventaja para el público en desarrollo ya que están expuestos a monitoreo y actividades que promueven el bienestar, tal como señala Quispe Hermoza, M. (2019), menciona que aquellos adolescentes que poseen acceso a servicios o programas de salud están expuestos a un agente preventivo y a la vez promocional de la salud, que disminuye los riesgos en cuanto a factores contraproducentes en su vida y desarrollo, ya que aumenta los factores protectores y son más conscientes de su propio autocuidado. Por otro lado, se deduce que el poseer seguro de salud no es condicionante para que un individuo disponga de buena salud, ya que el poseer un estilo de vida saludable y disciplinado aporta a que la persona mejore sus niveles de bienestar.

Las encuestadas que manifestaron ausencia de la presencia de actitudes y síntomas de trastornos alimenticios relacionados al factor control oral no cuentan con una alimentación diaria que incluya las tres comidas como mínimo. No se encontraron resultados similares en otras investigaciones que relacionen estas variables. Por otro lado, la explicación sobre los resultados obtenidos entre dichas variables se deben según lo indicado por Fajardo, E., Méndez, C., y Jauregui, A. (2017), a que las personas no identifican o consideran que cuentan con algún tipo de problema alimentario a menos que hayan notado o experimentado un deterioro significativo del bienestar emocional o conductas inadecuadas como el vómito autoinducido que es lo más conocido, es decir que mientras que tengan la certeza de comer las tres comidas diarias no poseen ninguna anomalía en su salud. Lo mencionado puede suponer que, dado que la

investigación se trabajó con público adolescente, la muestra no cuenta con la conciencia o madurez suficiente para identificar factores negativos que afecten su salud.

De igual importancia, es señalar que aquellas adolescentes que se auto perciben dentro de un estrato socioeconómico medio se encuentran en un nivel bajo en cuanto a síntomas depresivos. Un resultado similar se encontró dentro del estudio de Rivera, Arias y Cahuana (2018). Según Buitrago, J., Pulido, L., y Güichá, A. (2017), esto se debe a que a diferencia de los niños que se auto perciben dentro de un estrato socioeconómico medio, los del estrato bajo perciben que en la mayoría del tiempo cuentan con menos energía y ánimo para disfrutar de su día a día como niños y ocupan su tiempo en otras actividades orientadas al crecimiento económico familiar, además la autovaloración personal positiva es mejor en los niños de clase media. De tal manera, se puede deducir que en la mayoría de los casos las familias con mejor estabilidad económica favorecen que los menores puedan enfocarse en vivir su adolescencia en un ambiente más tranquilo favoreciendo su desarrollo personal.

Por otro lado, aquellas adolescentes que reportaron tener un nivel bajo en relación con la variable síntomas depresivos profesan la religión católica. Así mismo, Delgado (2019) en su investigación científica, se encontró resultados similares, ya que los adolescentes que mencionaron encontrarse dentro de una religión tienen menor nivel de síntomas depresivos, adoptando esto justamente como una estrategia de afrontamiento. Esto podría explicarse según Carver, et al (1989), debido a que el hecho de profesar o formar parte de una religión dentro de la adolescencia viene a ser una manera en cómo afrontan situaciones difíciles que se presentan día a día, y sirve como una guía para reinterpretar los problemas e incluso como una táctica de afrontamiento. Esto sugiere que el fortalecer la espiritualidad durante la adolescencia, permite a su vez, fortalecer la capacidad de afrontar y tolerar las dificultades que se presenten durante el desarrollo personal.

5.2. Conclusiones

Dentro de la presente investigación se encontró asociación significativa entre las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios, exactamente en la dimensión de factor control oral, y síntomas depresivos, lo cual podría deberse a factores psicosociales desfavorables que se relacionan en la conducta de las menores, tanto propios como externos, que se presentan durante el crecimiento de la persona, tales como factores cognitivos relacionados a un pensamiento rígido y focalizado en los detalles, factores socioemocionales ligados a la dificultad para el reconocimiento de las propias emociones y factores interpersonales principalmente por su papel dentro del núcleo familiar.

Así mismo, existe relación estadísticamente significativa entre la variable seguro de salud y la dimensión factor dieta, correspondiente a la variable actitudes y síntomas de trastornos alimenticios, en el cual las menores que reportaron contar con seguro de salud se encontraban en la categoría ausencia de nuestra segunda variable principal, lo cual evidencia que las adolescentes al estar expuestas a factores protectores que les permiten tener acceso a necesidades básicas como atención médica disminuye el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos.

En relación con lo mencionado, se evidencio que el mayor porcentaje de las encuestadas que se encuentran en un nivel bajo en relación con los síntomas depresivos, en su mayoría profesan religión católica, lo cual refuerza la importancia de

fomentar la exposición de nuestros adolescentes a factores protectores que fortalezcan su identidad y conocimiento, ya que esto jugaría un papel significativo de manera positiva al momento de responder ante dificultades y retos que se le presenten a lo largo de su existencia.

Así también, existe relación significativa entre la variable alimentación diaria y el factor de control oral de la variable actitudes y síntomas de trastornos alimenticios, por lo que se concluye en que el tener hábitos alimenticios adecuados y ordenados favorece de manera positiva a desarrollar un autoconcepto de bienestar relacionado a alimentación y salud. Sin embargo, esto no necesariamente implica que el alimentarse tres veces al día signifique que jamás desarrollen algún trastorno a futuro ya que su origen es multifactorial.

5.3. Recomendaciones

- Se recomienda a aquellos interesados en investigar sobre las variables tratadas, el poder ampliar la muestra, para que pueda contar con evidencia más concisa de la relación entre las variables, lo cual favorecería a la comunidad científica.

- Se recomienda llevar a cabo estudios de investigación relacionados a aquellos factores que favorecen a la aparición de las variables principales.

- Para aquellos interesados en la investigación de la variable relacionada a trastornos alimenticios se recomienda incluir en la población a individuos del sexo masculino para la comparación de la manifestación de síntomas en ambos sexos.

- De igual manera, seguir investigando sobre ambas variables, aplicar estudios en otros contextos como instituciones particulares y población de mayor edad; entre 18 a 30 años, para evidenciar la evolución de dichos trastornos.

- Asimismo, se recomienda que se realicen estudios orientados a buscar la causa y efecto entre comorbilidad de estos dos trastornos.

- Se recomienda al personal docente y psicólogos educativos de las instituciones la realización de talleres de psicoeducación, charlas o ponencias relacionados al desarrollo de las capacidades personales, el autoestima y estilos de afrontamiento, incluyendo en estos, secciones de participación de los padres o tutores, así como también orientado a buscar el trabajo en equipo entre pares.

- Es recomendable para aquellas instituciones interesadas en el desarrollo de adolescentes o que trabajen con ellos, realizar talleres para los padres o tutores, orientado al abordaje e identificación de las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios, así como de los síntomas depresivos.

- Finalmente, se recomienda tener en cuenta que mientras más expuestos están nuestros adolescentes a factores protectores de forma responsable, tales como;

actividades deportivas, recreativas, educativas, acceso a servicios de salud, actividades relacionadas a la comunidad y religión, entre otras, menor es el riesgo a que desarrollen actitudes o síntomas relacionados a un problema de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (1996). DSM IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Arango, J. (2015). Trastornos alimenticios: anorexia y bulimia desde un enfoque psicodinámico. <http://psicologiadinamicahoy.blogspot.com/2015/04/25-trastornos-alimenticios-anorexia-y.html>
- Asuero, R., Avargues, M. L., Martín, B., y Borda, M. (2012). Body shape concern and emotional disturbances in women with eating disorders and low self-esteem. *Psy Writ*, 5(2), 39-45.
- Barradas, M. (2014). Depresión en estudiantes universitarios: Una realidad indeseable. EE. UU,: Palibrio LLC.
- Beck, A. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (2006). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2000.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 35(6), 483-490.
- Bonding, R. (2017). Gestalt frente a la depresión (parte I). *Revista Bonding*. <http://bonding.es/gestalt-frente-la-depresion-parte-i/>
- Bruch, H. (1973). Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within. New York. Basic Books, 357.
- Buitrago, J., Pulido, L. y Güichá, A. (2017). Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*, 20(38), 296-307.
- Byrne, K. (1987). Anorexia and bulimia: Diagnosis, Insights in the dynamic psychotherapy of anorexia and bulimia (p. 8). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Cardoso, L., y Castro, A. (2022). Intervenciones psicodinámicas en los trastornos alimenticios. *Revista psicología sin fronteras*, 5(9), 35.
- Carver, C. (1989). ¿Cómo deberían probarse los constructos de personalidad multifacéticos? Cuestiones ilustradas por el autocontrol, el estilo atribucional y la resistencia. *Revista de personalidad y psicología social*, 56 (4), 577.
- Chala y Matoma (2013). La construcción de la identidad en la adolescencia.
- Chauca, M. (2022). Consumo de alimentos y estado nutricional relacionado con depresión en adolescentes de una Institución Educativa Privada, San Juan de Lurigancho-2020.
- Chavez, M., y Insel, T. (2007). Eating disorders: National Institute of Mental Health's perspective. *American Psychologist*, 62(3), 159.
- Cobos, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 10(2), 105-122.
- Cosenza, D. (2019). La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios (Vol. 2028). Ned Ediciones.
- Cruz, M., Pascual, A., Włodarczyk, A., Polo, R., y Echeburúa, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935-940.
- Ellis, A., y Grieger, R. M. (1986). Handbook of rational-emotive therapy, Vol. 2. Springer Publishing Co.

- Espinosa, A. (2020). Asociación entre la depresión y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 17 años de una preparatoria de Querétaro. Universidad Autónoma de Querétaro.
- Fajardo, E., Méndez, C., y Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46-57.
- Fernández, H. y Fernández, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa.
- Franco López, M. (2013). Estrés y sintomatología de trastornos alimenticios en adolescentes de Lima.
- Hernández, R., Fernández, R., y Baptista, P. (2017). Selección de la muestra. Gobierno nacional del Perú. (2019). Seguro Potestativo de Essalud (+SALUD). 2019, Sitio web: <https://www.gob.pe/225-seguro-potestativo-de-essalud-salud-afiliación-individual>.
- García, M. (2013). El papel de la mujer en la seguridad alimentaria. Cuadernos de estrategia, (161), 91-107.
- Garner, D., Olmsted, M., Polivy, J., y Garfinkel, P. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 46(3), 255-266.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1982). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11(3), 263-284.
- Granados Aguayo, S. A. (2018). Niveles de depresión en adolescentes con anorexia y bulimia de la clínica gaba-Perú, 2017.
- Gouveia, V., de Lucena, S., Santos, W., Gouveia, R., y Cavalcanti, J. (2010). Test de actitudes alimentarias: evidencias de validez de una nueva versión reducida. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 28-36.
- Guadarrama, R., Valdez, K., Alvarado, R., y Pérez, L. (2008). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. *Psicología y salud*, 18(1), 57-61.
- Jáuregui, I., y Bolaños, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 140(1), 98-107.
- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G., y López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Lillo Espinosa, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 57-71.
- López, C. y Treasure, J. (2011) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Rev. Med. Clin. Condes*, 22(1). 85 – 97.
- Mamani, B., y Quispe, C. (2016). Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca-2015.
- Mamani Palaco, G. (2018). Creencias Nucleares en Trastornos Alimenticios y Síntomas de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Pre-Universitarias.
- Méndez, J., Vázquez V. y García, G. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Medigraphic*, 3 (65), 579-592. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086n.pdf>
- Méndez, Y. y Cerquera, A. (2021). Apoyo social en población con trastornos alimentarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* (62).
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2022). Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. Plataforma digital única del Estado Peruano. Recuperado 21 de agosto de 2023, de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
- Molina, L., y Arranz, B. (2010). Comprender la depresión. El médico en casa [serial on the Internet]. (30 nov. 2011), 120(9).

- Montenegro, E., Blanco, T., Almengor, P., y Pereira, C. (2009). Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Wímbly*, 4(1), 31-40.
- Morrison, J. (2015). DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico. Editorial El Manual Moderno.
- Murillo, F. y Carrillo, S. (2020). Segregación escolar por nivel socioeconómico en educación secundaria en Perú y sus regiones. *Revista Peruana de investigación educativa*, 12(12), 7-32.
- Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2022, de Asamblea General Sitio web: <https://www.un.org/es/global-issues/youth>.
- Organización mundial de la salud (2006). Invertir en Salud Mental, Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. España, Madrid: Editorial Médica Panamerica.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental del adolescente. 2022, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Ospina, F., Hiestrosa, M., Paredes, M., Guzmán, Y. y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de salud pública*, 13, 908-920.
- Palacios, A. G. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (110), 70-74.
- Palomino, K., Calero, C., y Moro, L. (2019). Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. *Revista peruana de investigación en salud*, 3(4), 180-187.
- Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., & Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima metropolitana. *Psychology international*, 18(4), 1-25.
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2009). Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia, México DF, México: McGrawHill.
- Pascual, J., y Rodríguez, L. (2022). Propiedades psicométricas de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds—segunda versión (EDAR-2) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana.
- Pérez, A., Corbera, M., y Alda, M. (2003). Abordaje cognitivo-conductual y familiar de los trastornos de alimentación.
- Perls, F. (1987). Sueños y existencia (Gestalt Therapy Verbatim). Cuatro vientos.
- Pichat, P. (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Pineda, Gómez, Plata y Velasco. (2017). Anxiety as a predictor of anorexia and bulimia risk: Comparison between universitarias of Baja California and México City. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 49-55.
- Puentes, M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(1), 79-87.
- Quintero, E., Pérez, A., Montiel, C., Pirela, D., Acosta, M., y Pineda, N. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. *Investigación clínica*, 44(3), 179-193.
- Quispe Hermoza, M. (2019). Factores de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de una institución educativa pública en San Juan de Miraflores.
- Rayas, A. (2020). Asociación entre la depresión y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 17 años de una preparatoria de Querétaro.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression, *Behavior Therapy*, 8: 787-804.
- Reynolds, W. y Coats, K. (1982). Depression in adolescents: Incidence, depth and correlates. Poster presentado en el 10th International Congress of the

- International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Dublín (Irlanda).
- Rivera, R., Arias, W. y Cahuana, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(2), 117-126.
- Romero, O. y Romero, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo*, 6(1), 41-45.
- Rondón, Marta B. (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 237-238. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es&tlng=es.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, M. L. (2010). Eating disorders: Detection in female and male adolescents in Buenos Aires. A two-stage study/Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 1(1), 48-61.
- Salazar, L. (2019). Prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la IE Andrés Avelino Cáceres-Baños del Inca Cajamarca 2018.
- Sánchez, N., y Tobal, J. (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 4(2), 179-197.
- Saldarriaga, V. (2011). Número de hermanos, orden de nacimiento y resultados educativos en la niñez: evidencia en Perú.
- Sánchez, B. I. (2013). Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en las Alumnas de la Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2.013. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Intercontinental, Luque, Paraguay.
- Sandoz, E. (2011). Prevención de la anorexia y bulimia. Valencia, España: Nau Llibres.
- Schwabe, A., Lippe, B., Chang, J., Pops M. y Yager, J. (1981). Anorexia nervosa. *Annals of Internal Medicine*, 94, 371-381.
- Seguro Social de Salud [EsSalud]. (2021, 10 agosto). EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años. *El Peruano*. Recuperado 5 de abril de 2023, de <https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos>
- Straffon, D., Valencia, A., Bautista, M., y Lima, A. (2019). Hábitos alimentarios y sintomatología de depresión en niños escolares: estudio de seguimiento a un año. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 1(1), 15-25.
- Tesouro, Palomanes, Bonacher y Martínez (2013). Estudio sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Tendencias pedagógicas*.
- Tyson, G., y Range, L. (2003). La depresión: Comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista. *The Gestalt Journal*, 4(1), 1-6.
- Ugarriza, N., y Escurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, (5), 83-130.
- Unicef. (2002). Adolescencia: una etapa fundamental. UNICEF.
- Unicef. (2003). Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales. Uruguay: Fondo de las naciones unidas para la infancia.
- Unikel C, Caballero A. (2010). Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 1, 46.
- World Health Organization: WHO. (2021). Salud mental del adolescente. www.who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

Ysla Durán, C. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria, dimensiones de la personalidad y percepción de la función parental en estudiantes de una institución educativa de Lima Este.

ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de las actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria:

VARIABLE	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	INSTRUMENTO
Actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria	Factor Dieta	Cualitativa	Dicotómica Ordinal	≥ 20 presencia de actitudes y síntomas de trastornos alimenticios	Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación (EAT- 26)
	Factor Bulimia y preocupación por alimentación				
	Factor Control Oral				

ANEXO 2: Operacionalización de los síntomas depresivos

Variable	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Categorías
Síntomatología depresiva	Presencia de sintomatología depresiva	Cualitativa	Politémica ordinal	38 - 44	Muy bajo
				45 - 50	Bajo
	Ausencia de sintomatología depresiva			51 - 67	Promedio
				68 - 74	Alto
				75 - 92	Muy alto

ANEXO 3: Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Naturaleza de la variable	Categoría	Alternativas
Edad	Cuantitativa	Politémica Nominal	
Grado	Cualitativa	Politémica Ordinal	1er grado 2do grado 3er grado 4to grado 5to grado
Procedencia	Cualitativa	Politémica Nominal	Costa, sierra, selva, extranjero.
Estrato socio económico	Cualitativa	Politémica Ordinal	Bajo, medio, alto.
Número de hermanos	Cuantitativa	Politémica Ordinal	Hijo único, un hermano, dos a 4 hermanos, más de 4 hermanos.
Afiliación de salud	Cualitativa	Dicotómica	Sí, no.
Tipo de vivienda	Cualitativa	Politémica Nominal	Casa, departamento, cuarto alquilado, otros.
Ingiere las tres comidas	Cualitativa	Dicotómica	Sí, no.

ANEXO 4:**TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26**

Deberás marcar en forma sincera con un aspa (X) la alternativa que más creas conveniente según la pregunta formulada. No olvides responder a todas las preguntas, tus respuestas serán absolutamente confidenciales.

Elija una respuesta para cada una de las preguntas:	siempre	casi siempre	Frecuente mente	a veces	rara vez	nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vómito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido						
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como más lento que los demás, o me demoro						

más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

ANEXO 5:

Escala de Autoevaluación para la depresión

Autor: William M. Reynolds Año: 2002

Edad: Sexo: Colegio:

Grado:

Fecha:

Instrucciones

A continuación, se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: *Casi nunca, Rara vez, Algunas veces o Casi siempre*. Marca el círculo que está debajo de la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente.

AFIRMACIONES	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1. Me siento feliz				
2. Me preocupa el colegio				
3. Me siento solo				
4. Siento que mis padres no me quieren				
5. Me siento importante				
6. Siento ganas de esconderme de la gente				
7. Me siento triste				
8. Me siento con ganas de llorar				
9. Siento que no le importo a nadie				
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros				
11. Me siento enfermo				
12. Me siento querido				
13. Tengo deseos de huir				
14. Tengo ganas de hacerme daño				
15. Siento que no les gusta a los compañeros				
16. Me siento molesto				
17. Siento que la vida es injusta				
18. Me siento cansado				

19. Siento que soy malo				
20. Siento que no valgo nada				
21. Tengo pena de mí mismo				
22. Hay cosas que me molestan				
23. Siento ganas de hablar con los compañeros				
24. Tengo problemas para dormir				
25. Tengo ganas de divertirme				
26. Me siento preocupado				
27. Me dan dolores de estómago				
28. Me siento aburrido				
29. Me gusta comer				
30. Siento que nada de lo que hago me ayuda				

ANEXO 6:

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.

<p>1. ¿Cuántos años tienes?</p> <p>2. ¿Qué grado cursas?</p> <p>a) 1ero</p> <p>b) 2do</p> <p>c) 3ero</p> <p>d) 4to</p> <p>e) 5to</p> <p>3. Religión</p> <p>a) Católico</p> <p>b) Adventista</p> <p>c) Evangélico</p> <p>d) Otros.</p> <p>4. ¿Cuál es tu lugar de nacimiento?</p> <p>a) Costa</p> <p>b) Sierra</p> <p>c) Selva</p> <p>d) Extranjero</p> <p>5. ¿Cuál es tu Estrato socio-económico?</p> <p>a) Bajo</p>	<p>6. ¿Cuántos hermanos tienes?</p> <p>a) Hijo Único</p> <p>b) Un Hermanos</p> <p>c) 2-4 Hermanos</p> <p>d) Más de 4 Hermanos</p> <p>7. ¿Estas afiliado a algún seguro de salud?</p> <p>Sí () No ()</p> <p>8. ¿Cuál es tu tipo de vivienda?</p> <p>a) Casa</p> <p>b) Apartamento</p> <p>c) Cuarto</p> <p>d) Inquilino</p> <p>e) Otro</p> <p>9. ¿Ha asistido a consulta psicológica alguna vez?</p> <p>Sí () No ()</p> <p>10. ¿Ingiere las tres comidas diarias?</p>
--	---

b) Medio	
c) Alto	Sí () No ()

ANEXO 7:

Consentimiento informado

Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao

Sr. Padre de familia, se está llevando a cabo una investigación de proyecto de tesis que tiene _____ por _____ objetivo:
Determinar la relación entre actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes en ventanilla-callao

Por esta razón, se le solicita que pueda participar de esta investigación. Para lo cual deberá resolver dos cuestionarios (EAT-26 y EDAR) y llenar una ficha sociodemográfica. El tiempo que se empleará para resolver los cuestionarios será de 20 minutos aproximadamente.

Riesgo del estudio:

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para usted o para el estudiante.

Beneficio, finalidad y uso de los resultados del estudio:
La investigación no conlleva ningún beneficio para el alumno. Los resultados obtenidos se utilizarán sólo con fines de investigación.

Procedimiento para la encuesta:

Se le entregará dos cuestionarios y una ficha sociodemográfica. Para resolverlos tendrá un tiempo de 20 minutos aproximadamente, una vez haya terminado de resolver los cuestionarios se procederá a revisar que no haya ningún error, si fuese ese el caso se le pedirá que lo corrija. Finalizado todo se le agradecerá por su participación.

Confidencialidad, privacidad y protección de datos:

El proceso será totalmente confidencial, el alumno al resolver los cuestionarios no proporcionará ni su nombre, DNI, número telefónico, dirección, o cualquier otra información privada. La publicación de los resultados será totalmente anónima y sólo tendrá acceso a la información obtenida la persona encargada del estudio (*Maricris Susana Pasmíño Silva*) y las personas que tengan autorización por parte de la persona encargada de la investigación.

Costo:

La participación no tendrá ningún costo.

Requisitos _____ para _____ la _____ participación:
- Tener entre 18 años y 13 años.

- Estudiar en un colegio estatal

Preguntas o dudas sobre su participación como parte del estudio, puede comunicarse con *Maricris Pasmíño* al correo *maricrisps16@gmail.com* o comunicarse al número: 933488492.

Si desea que su hija participe por favor llenar la siguiente autorización:

Autorización

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado a mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento a mi hijo(a)..... para participar en el estudio de la Srta. *Maricris Pasmíño Silva* sobre las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes en ventanilla-callao. He recibido copia de este procedimiento.

.....
PFF

.....
Fecha

MATRIS DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables e Indicadores	Población y muestra	Diseño	Instrumentos	Análisis Estadístico
<p>Problema General: - ¿Cuál es la relación estadística Actitudes y síntomas de trastornos alimenticios en asociación con síntomas depresivos en mujeres adolescentes de un colegio de Ventanilla-Callao?</p> <p>Problema específico: - ¿Cuáles son los porcentajes de las actitudes y los síntomas de los trastornos alimenticios en mujeres adolescentes de</p>	<p>Objetivo General: - Determinar la relación entre actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes de un colegio en Ventanilla - Callao.</p> <p>Objetivo Específico: - Describir los porcentajes en las actitudes y los síntomas de trastornos alimenticios en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p>	<p>Hipótesis general: - Hipótesis de investigación: Existe relación entre actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p> <p>- Hipótesis nula: No existe relación entre actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y síntomas depresivos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p>	<p>Actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria: Los trastornos alimentarios se caracterizan por actitudes alimentarias perturbadas y una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal, además de una preocupación excesiva hacia los alimentos y un intenso temor a engordar (APA, 2002).</p> <p>Síntomas depresivos: Según Reynolds (1992), la</p>	<p>Población: La población estuvo conformada 500 mujeres adolescentes de educación secundaria de una institución educativa estatal en el distrito de Ventanilla, Callao.</p> <p>Tamaño de la muestra: Estará conformada por 217 adolescentes mujeres entre 11 y 18 años, del 1ero al 5to grado de secundaria del turno mañana de una I.E. en Ventanilla, Callao.</p> <p>Muestreo:</p>	<p>Diseño del estudio: No experimental de corte transversal.</p> <p>Tipo de estudio: Correlacional</p>	<p>EATING ATTITUDES TEST-26:</p> <p>Autores: Garner y Garfinkel (1982) versión original EAT-40, luego fue rediseñado y lo simplificaron en 1979 a la versión 26 ítems dando lugar al EAT-26.</p> <p>Procedencia: Estados Unidos.</p> <p>Validez en Perú: Palpan</p>	<p>Se utilizará el programa STATA versión 15. Para el análisis descriptivo se calcularán las frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y la media y desviación estándar de las cuantitativas, tanto para las variables principales como las sociodemográficas</p> <p>Por otro lado, para el análisis inferencial se empleará la prueba de normalidad de Shapiro wilk para la variable cuantitativa que es la edad, asimismo</p>

<p>un colegio de Ventanilla-Callao?</p> <p>- ¿Cuáles son los niveles de los síntomas depresivos en mujeres adolescentes de un colegio de Ventanilla-Callao?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre las actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla - Callao?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre los síntomas depresivos y los datos sociodemográficos en mujeres</p>	<p>- Describir los niveles de los síntomas depresivos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p> <p>- Determinar la relación entre las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p> <p>- Determinar la relación entre síntomas depresivos y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p>	<p>Hipótesis Específica:</p> <p>- Hipótesis de investigación 1: Existe relación entre las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p> <p>- Hipótesis nula 1: No existe relación entre las actitudes y síntomas de trastornos alimenticios y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p> <p>- Hipótesis de investigación 2: Existe relación</p>	<p>depresión en la población adolescente, se considera como un trastorno intrínseco, ya que tiene un impacto directamente en su mundo interior, generando la sensación de miseria, angustia, tristeza y desmoralización, las cuales generalmente van acompañadas de trastornos de la conducta que dan como consecuencia preocupación por parte de las personas que los rodean, quienes muchas veces estos comportamientos como propios de la etapa por la</p>	<p>Para la investigación se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de acuerdo con los criterios de elección.</p> <p>Criterios de inclusión. -</p> <p>-Adolescentes mujeres de entre 13 y 18 años.</p> <p>-Del 1ero al 5to de secundaria.</p> <p>-Cuyos padres de familia hayan leído y firmado el consentimiento informado.</p> <p>-Adolescentes que hayan consentido verbalmente su</p>		<p>Jenny, Jiménez Carlos, Garay Jorge, Lima metropolitana (2007).</p> <p>Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds:</p> <p>Autor: William Reynolds (1987)</p> <p>Procedencia: Estados Unidos.</p> <p>Validez en Perú: Nelly Ugarriza y Miguel Escurra (2002)</p>	<p>se aplicó la estadística de Chi-cuadrado para las variables cualitativas y la prueba de ANOVA para una variable cuantitativa normal y cualitativa politómica con una significancia menor igual a 0.05</p>
--	---	--	---	---	--	--	--

<p>adolescentes en Ventanilla - Callao?</p>		<p>entre síntomas depresivos y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p> <p>- Hipótesis nula 2: No existe relación entre síntomas depresivos y los datos sociodemográficos en mujeres adolescentes en Ventanilla-Callao.</p>	<p>que están pasando sin considerar la relación con un trastorno mental.</p>	<p>participación en la evaluación.</p> <p>Criterios de exclusión. -</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes mujeres que no se encuentren en el aula al momento de la evaluación. - Aquellas que presenten algún malestar físico en el momento de la evaluación. - Aquellos alumnos que no hayan respondido alguno de los instrumentos o la ficha sociodemográfica. 			
---	--	---	--	--	--	--	--